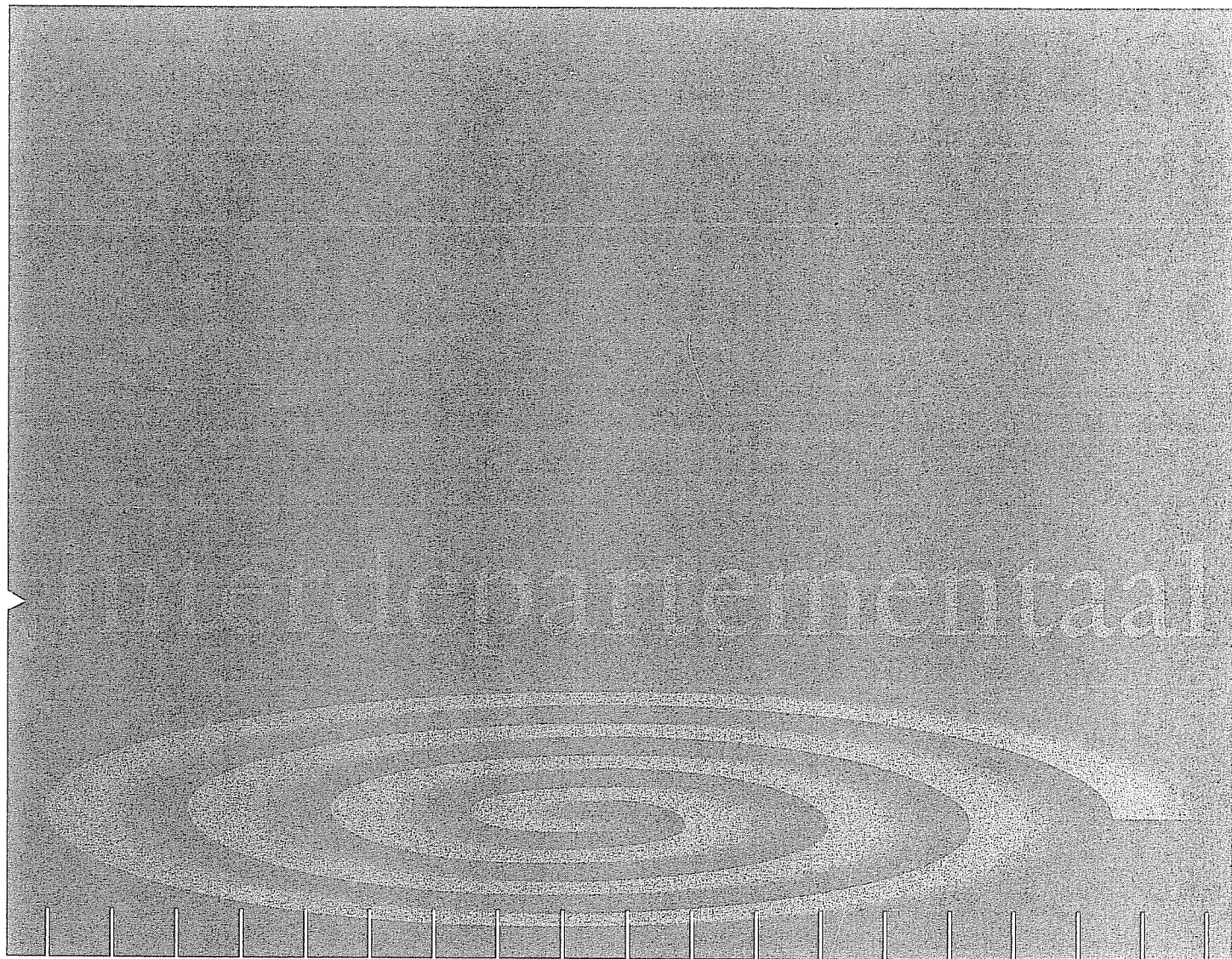




ZORG LOKAAL

INTERDEPARTEMENTAAL BELEIDSONDERZOEK WET VOORZIENINGEN GEHANDICAPTEN

Ronde 1999 - nr. 9
juni 2000

ZORG LOKAAL

Van de WVG naar een dienstverleningsstelsel

Interdepartementaal beleidsonderzoek

Wet Voorzieningen Gehandicapten

Den Haag, juni 2000

VOORWOORD

Dit rapport vormt de weerslag van het interdepartementaal beleidsonderzoek naar de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG). Een dergelijk onderzoek is in zekere zin opmerkelijk, omdat de WVG pas 6 jaar geleden van kracht werd en op zichzelf nog niet zo slecht functioneert, op grond van een recente evaluatie. Toch blijken de afbakenings- en afstemmingsproblemen met andere regelingen groot te zijn. Dat is slecht voor de cliënten en voor de uitvoeringsverantwoordelijken. Bovendien kan met de huidige regelgeving onvoldoende worden ingespeeld op belangrijke ontwikkelingen als vergrijzing en extramuralisering. Vandaar de vraag aan de werkgroep om na te gaan in hoeverre een herschikking van voorzieningen en verantwoordelijkheden de doelmatigheid en effectiviteit van het beleid op dit terrein kan vergroten.

Nu is een herschikking van verantwoordelijkheden en daarbij behorende – in dit geval aanzienlijke – geldstromen tussen departementen vanzelfsprekend geen eenvoudige zaak. Dat is ook tijdens dit onderzoek wel gebleken. Daarom is het verheugend dat de werkgroep het unaniem eens is geworden over wat toch een majeure verandering mag worden genoemd: de overgang naar een dienstverleningsstelsel. Een dergelijk stelsel kent een aanzienlijk bredere opzet dan de huidige WVG, met als centrale elementen een veel meer integrale beleidsafweging, waardoor evidente efficiency- en effectiviteitswinst valt te behalen, en een betere en duidelijker dienstverlening voor mensen met beperkingen en ouderen. Daardoor kan men langer zelfstandig wonen en beter maatschappelijk participeren. Bepaalde onderdelen van de voorstellen vergen nader onderzoek en bepaalde details moeten nog uitgewerkt worden, maar de wenselijke richting van het beleid is op hoofdpunten voor de werkgroep duidelijk.

De totstandkoming van dit rapport in betrekkelijk korte tijd is te danken aan de constructieve opstelling en bijdragen van de leden van de werkgroep, maar eerst en vooral aan de grote inzet van de secretaris, Martin Heekelaar. Waarvoor veel dank.

Kees Goudswaard, voorzitter

INHOUDSOPGAVE

1. INLEIDING	1
1.1 ALGEMEEN.....	1
1.2 DOELSTELLING VAN HET ONDERZOEK	1
1.3 ONDERZOEKSVRAGEN	2
1.4 AFBAKENING VAN HET ONDERZOEK	2
1.5 ONDERZOEKSAANPAK	3
2. WET VOORZIENINGEN GEHANDICAPTEN	4
2.1 STELSELHERZIENING JAREN 90	4
2.2 HERSTRUCTURERING GEHANDICAPTENVOORZIENINGEN.....	4
2.3 WET VOORZIENINGEN GEHANDICAPTEN	5
2.4 BEOORDELING VAN DE WVG IN RELATIE TOT HET IBO	7
3. PROBLEEMANALYSE	9
3.1 INLEIDING.....	9
3.2 ZORG.....	9
3.3 VERVOER	10
3.3.1 Regulier openbaar vervoer.....	10
3.3.2 Bovenregionaal vervoer	10
3.3.3 Doelgroepenvervoer.....	11
3.4 WONEN	11
3.4.1 Onderscheid intramuraal/extramuraal.....	11
3.4.2 Woningaanpassingen.....	12
3.5 ONTWIKKELINGEN	12
3.5.1 Vraagontwikkelingen.....	12
3.5.2 Het aanbod van voorzieningen.....	14
3.5.3 Budgettaire beheersbaarheid	14
3.6 CONCLUSIES	15
4. BELEIDSOPTIES	16
4.1 INLEIDING.....	16
4.2 ALTERNATIEVE BELEIDSOPTIES	16
4.2.1 Handhaving van het huidige stelsel.....	16
4.2.2 Verzekeringstelsel	17
4.2.3 Dienstverleningstelsel	17
4.2.4 Wonen en vervoer	17
4.3 TOETSINGSCRITEIA	18
4.3.1 Inleiding	18
4.3.2 Effectiviteit en doelmatigheid.....	18
4.3.3 Budgettaire beheersbaarheid	18
4.4 TOETSING BELEIDSOPTIES.....	19
4.4.1 Handhaving van het huidige stelsel.....	19
4.4.2 Verzekeringstelsel	19
4.4.3 Dienstverleningstelsel	20
4.4.4 Wonen en vervoer	21
4.5 CONCLUSIES.....	22
5. UITWERKING BELEIDSVARIANT	23
5.1 INLEIDING.....	23
5.2 HET HUIDIGE STELSEL	23
5.3 DIENSTVERLENINGSTELSEL	25
5.3.1 Inleiding	25
5.3.2 Doelstelling en uitgangspunten	25
5.3.3 Pakketinhoud.....	26
5.3.4 Gemeentelijke zorgplicht	28

5.3.5 Eigen bijdragen	29
5.3.6 Persoonsgebonden en persoonsvolgende budgetten	29
5.3.7 Financieringssystematiek	30
5.3.8 kwaliteitswaarborgen	31
5.3.9 Indicatiestelling	31
5.4 VERVOER	32
5.5 WONEN	33
5.5.1 Scheiden Wonen en Zorg	33
5.5.2 Woningaanpassingen bij nieuwbouw	33
5.5.3 Stimulering hergebruik woningaanpassingen	33
5.6 FINANCIËLE ASPECTEN	34
5.6.1 Hulpmiddelen	34
5.6.2 Onderdelen thuiszorg	34
5.6.3 Vervoer	35
6. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	37
6.1 CONCLUSIES	37
6.1.1 Probleemanalyse	37
6.1.2 Beleidsopties	38
6.2 AANBEVELINGEN	39
6.2.1 Dienstverleningsstelsel	39
6.2.2 Vervoer	40
6.2.3 Wonen	40
BIJLAGE 1: Taakopdracht IBO	42
BIJLAGE 2: Lijst van werkgroepleden	44
BIJLAGE 3: Lijst van geraadpleegde deskundigen	45
BIJLAGE 4: Lijst van geraadpleegde literatuur	46
BIJLAGE 5: Aanpalende regelingen	48
BIJLAGE 6: Lopende beleidsprojecten	51
BIJLAGE 7: Indeling hulpmiddelen in onderling samenhangende clusters	54

1. Inleiding

1.1 Algemeen

Leef (vervoers-, rolstoel- en woon)voorzieningen voor ouderen en gehandicapten met als oogmerk hen zo lang mogelijk zelfstandig te laten functioneren, worden verstrekt via de Wet voorzieningen gehandicapten (WVG). De WVG wordt - behoudens enkele specifieke regelingen - uitgevoerd en gefinancierd door gemeenten. Naast de voorzieningen WVG zijn er ook nog een aantal andere voorzieningen voor de betreffende doelgroep. Zorgvoorzieningen aan gehandicapten lopen via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Ziekenfondswet (Zfw). Uitvoerders van beide regelingen zijn ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars. Voorts zijn er werk- en onderwijsvoorzieningen die zijn gericht op reïntegratie van mensen met een handicap. Deze vallen onder de Wet op de (Re)ïntegratie Arbeidsgehandicapten (REA), die wordt uitgevoerd door het LISV en gefinancierd via het REA-fonds. Daarnaast zijn er de bijzondere bijstand en de Welzijnswet. Op grond van de bijzondere bijstand kunnen voorzieningen voor inkomensondersteuning van ouderen en gehandicapten (bijvoorbeeld extra kosten voor voeding, verwarming en dergelijke) worden verstrekt. De Welzijnswet biedt de kaders waarbinnen het welzijnsbeleid voor ouderen en gehandicapten wordt vormgegeven. De bijzondere bijstand en de Welzijnswet worden uitgevoerd en gefinancierd door gemeenten. Tenslotte heeft de doelgroep ook te maken met generieke voorzieningen (niet specifiek gericht op ouderen en gehandicapten). Deze voorzieningen kunnen voor hen wel of niet toegankelijk zijn. Met het oog op de woningaanpassingen en het gehandicaptenvervoer in de WVG, kunnen genoemd worden het algemene woonbeleid en het reguliere openbaar vervoer.

De minister van SZW draagt de politieke verantwoordelijkheid voor de WVG, de REA en de bijzondere bijstand, de minister van VWS voor de Zfw, de Welzijnswet en de AWBZ en de ministers van VROM en V&W voor respectievelijk het woonbeleid en het reguliere OV.

1.2 Doelstelling van het onderzoek

Geconstateerd moet worden dat de cliënt te maken heeft met onderscheiden voorzieningen die elkaar overlappen en wederzijds beïnvloeden. Het onderzoek heeft tot doel na te gaan in hoeverre een duidelijker afbakening van beleidsverantwoordelijkheden en voorzieningenpakketten kan bijdragen aan een grotere doelmatigheid en doeltreffendheid, zowel in maatschappelijk als in financieel opzicht.

Deze onderzoeksdoelstelling sluit aan bij een in 1999 aangenomen Kamermotie (26 435 nr.18), waarin met het oog op ouderen en gehandicapten wordt verzocht om “een onderzoek naar de knelpunten met betrekking tot de afbakening tussen en de samenhang binnen de bestaande wetten en regelingen, teneinde deze om te vormen tot een samenhangend, geïntegreerd geheel.”

1.3 Onderzoeksvragen

Conform de taakopdracht, zijn de volgende onderzoeksvragen in het IBO aan de orde gesteld.

1. Op welke wijze zijn voorzieningen voor gehandicapten thans georganiseerd en wie zijn daarbij betrokken, zowel bij de beleidsvoorbereiding als de beleidsuitvoering? Welke opdrachtgever-opdrachtnemerrelaties zijn er?
2. Hoe verhouden de doelstellingen van de verschillende regelingen zich tot de bijbehorende voorzieningenpakketen? Hoe kan een andere afbakening van verantwoordelijkheden leiden tot vermindering van overlappen en een doelmatiger en doeltreffender vormgeving van het beleid?
3. Welke ontwikkelingen zijn er thans te onderkennen die aanleiding kunnen zijn om taken op het terrein van gehandicaptenvoorzieningen te herschikken?
4. Verdient het, gezien de bevindingen onder 2 en 3, aanbeveling om in de komende jaren te komen tot een herschikking van voorzieningenpakketten en de bijbehorende verantwoordelijkheden?

1.4 Afbakening van het onderzoek

De interdepartementale beleidsonderzoeken staan in het licht van drie verschillende thema's. Eén daarvan is financiële vernieuwing en vormt het thema van het IBO WVG. Uitgangspunt daarbij is het vinden van een financieringsstructuur die stimuleert tot een doelmatige en effectieve uitvoering van overheidstaken. Het inbouwen van een financieel belang voor de uitvoerenden kan daarvoor een middel zijn. Daarnaast moeten de onderzochte beleidsvarianten conform de standaardprocedures van de interdepartementale beleidsonderzoeken, voldoen aan de voorwaarde van budgettaire neutraliteit. Dit neemt niet weg dat een hogere doelmatigheid en effectiviteit kunnen leiden tot besparingen.

Wat betreft de regelingen is het onderzoek beperkt tot de WVG, de AWBZ en de Zfw, waarbij de WVG als uitgangspunt wordt genomen. Daarnaast wordt gekeken naar (1) de woningaanpassingen en het algemene woonbeleid en (2) het gehandicaptenvervoer en andere vervoersvoorzieningen, te weten het reguliere openbaar vervoer, het doelgroepenvervoer en het bovenregionaal vervoer.

Er is niet uitgebreid onderzoek gedaan naar eventuele afbakeningsproblematiek op het terrein van de WVG, de REA, de bijzondere bijstand en de Welzijnswet.

Voor de REA is deze keus gemaakt, omdat het gaat om voorzieningen gericht op een specifieke doelgroep (werkende gehandicapten) in plaats van de algemene ouderen- en gehandicaptenvoorzieningen via de WVG, Zfw en AWBZ. Daarnaast is de REA pas in 1998 ingevoerd, waardoor deze in feite nog in de opstartfase zit. De REA is in het onderzoek wel gezien in een andere context, namelijk bij de relatie tussen het WVG-vervoer en het doelgroepenvervoer.

Er is in de werkgroep ook niet uitgebreid stilgestaan bij de bijzondere bijstand. Dit komt in de eerste plaats omdat er geen signalen zijn dat er grote afstemmingsproblemen zijn met de WVG. In de tweede plaats moet bedacht worden dat enige afstemmingsproblematiek inherent is aan de bijzondere bijstand in zijn functie als vangnet.

Tot slot zijn er ook geen signalen bekend die wijzen op afstemmingsproblemen tussen de WVG en de Welzijnswet. De uitvoering van de Welzijnswet is bij de gemeenten geïntegreerd met de WVG. Deze wet is derhalve ook niet meegenomen in de probleemanalyse.

1.5 Onderzoeksaanpak

Het onderzoek is uitgevoerd door een werkgroep die bestaat uit vertegenwoordigers van de departementen Financiën, SZW, VWS, VROM, V&W, BZK en AZ en een vertegenwoordiger van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG). De werkgroep stond onder voorzitterschap van een onafhankelijk voorzitter. Er zijn in totaal tien werkgroepbijeenkomsten geweest in de periode van december 1999 tot juni 2000.

Er is literatuuronderzoek gedaan en er is een tiental interviews uitgevoerd met deskundigen, bestuurders en belanghebbenden op de onderhavige terreinen. Voor de probleemanalyse is onder meer gebruik gemaakt van het onderzoek "Cases AWBZ-gemeentelijk domein", dat is uitgevoerd door SGBB (november 1999). Daarnaast heeft in opdracht van de werkgroep, door een extern bureau, tentatief onderzoek plaatsgevonden naar de factoren die van invloed zijn op de ontwikkeling van de WVG-uitgaven.

2. Wet voorzieningen gehandicapten

2.1 Stelselherziening jaren 90

In een gezamenlijke beleidsbrief van 6 mei 1991 kondigen de bewindslieden van SZW, VROM en WVC een nieuw stelsel van voorzieningen aan voor gehandicapten en ouderen die min of meer zelfstandig wonen. Dit stelsel wordt langs twee lijnen ontwikkeld: de AWBZ en gemeenten. In de brief worden drie aanleidingen genoemd voor deze stelselherziening.

- Allereerst moest de leeftijdsgrens van 65 jaar, die gold voor de Algemene arbeidsongeschiktheidswet (AAW), worden opgeheven. Omdat 65 plussers vanaf 1990 (na wijziging van het belastingstelsel) ook AAW-premie betaalden, kon deze groep het recht op AAW-voorzieningen niet langer meer ontzegd worden. De hoge kosten die met de uitbreiding van deze doelgroep samenhangen vormden voor het kabinet een belemmering de leeftijdsgrens binnen de bestaande regelgeving (AAW) zonder meer op te heffen. Geraamd werd dat de uitgaven op grond van de AAW met ruim 1 miljard zouden toenemen; dit hield een verdubbeling van de uitgaven aan voorzieningen in. Het kabinet zocht naar een mogelijkheid de uitbreiding van de doelgroep met 65 plussers budgettair neutraal te laten verlopen.
- Ten tweede was er de enorme groei in aantallen en kosten van woningaanpassingen in het kader van de Regeling Geldelijke Steun Huisvesting Gehandicapten (RGSHG). De RGSHG was een rijksregeling met een open-eindkarakter onder verantwoordelijkheid van VROM die door gemeenten werd uitgevoerd. De uitgaven waren de laatste jaren elk jaar met ongeveer een derde toegenomen.
- De derde aanleiding was het verbrokkelde systeem van verstrekkingen waarmee mensen met een handicap te maken hadden:
 - * Voor een woningaanpassing die een nagelvaste voorziening betrof, diende de doelgroep een beroep op de RGSHG te doen, waarvan de uitvoering bij gemeenten was neergelegd. Had men een woningaanpassing nodig die niet-nagelvast was, dan diende men zich te wenden tot de bedrijfsvereniging, die in het kader van de AAW deze voorzieningen verstrekke, mits men niet ouder was dan 65 jaar.
 - * Wie een rolstoel nodig had, moest ook een beroep doen op de bedrijfsvereniging op grond van de AAW. Ook hierbij gold een leeftijdsgrens van 65 jaar. Ouderen die ouder waren dan 65 jaar moesten zich wenden tot de gemeente. Deze kon bijzondere bijstand verstrekken. Wanneer men in een AWBZ-instelling verbleef, moest men voor diezelfde rolstoel echter bij de AWBZ zijn. Drie loketten voor een rolstoel dus.

2.2 Herstructurering gehandicaptenvoorzieningen

Het kabinet wil begin jaren 90 het aantal regelingen en loketten tot een minimum beperken en stelt een herstructurering voor van de AAW-voorzieningen en de RGSHG.

- De leefvoorzieningen (woonvoorzieningen, vervoersvoorzieningen en rolstoelen) worden overgeheveld naar de gemeenten.
- De werkvoorzieningen (aanpassingen van de werkplek en vervoersvoorzieningen naar en van het werk) blijven onderdeel uitmaken van de AAW (thans: REA).
- Onderwijsvoorzieningen (bijvoorbeeld aangepast schoolmeubilair) blijven eveneens onder de AAW (thans: REA) vallen.
- De inkomensondersteunende voorzieningen worden overgeheveld naar gemeenten (bijzondere bijstand). Het gaat hierbij bijvoorbeeld om vergoeding van extra kosten die ouderen en gehandicapten moeten maken voor kleding, indien deze aan extra slijtage onderhevig is door het gebruik van een prothese.
- De zorgvoorzieningen gaan naar de ziektekostenverzekeraars. Hierbij moet gedacht worden aan voorzieningen voor verplaatsen binnenshuis (looprekken, trippelstoelen, krukken e.d.) en huishoudelijk hulp. Ook gaan alle communicatiemiddelen (aangepaste computers, flitsbellen voor doven e.d) naar de AWBZ.

2.3 Wet voorzieningen gehandicapten

Op 1 april 1994 wordt de Wet voorzieningen gehandicapten (WVG) van kracht. Gemeenten krijgen hierdoor de zorgplicht voor het verlenen van woonvoorzieningen, vervoersvoorzieningen en rolstoelen aan in de gemeente wonende gehandicapten voor de deelneming aan het maatschappelijk verkeer. De WVG is een kaderwet die vooral procedureel van aard is en geen zaken *en detail* regelt. Gemeenten hebben de beleidsvrijheid om de omvang en de inhoud van het lokale voorzieningenpakket te bepalen. In een verordening dienen zij daartoe nadere regels te stellen. De middelen voor de uitvoering van de WVG worden voornamelijk via het gemeentefonds en voor een klein deel via de begroting van SZW aan de gemeenten uitgekeerd.

Bij de parlementaire behandeling van de WVG is toentertijd afgesproken dat een evaluatie op hoofdlijnen zou plaatsvinden in drie fasen. De verschillende fasen worden telkenmale afgerond met een eindrapport en een kabinetsstandpunt. De eerste fase is afgerond in oktober 1995. De tweede fase liep tot december 1997. De derde evaluatiefase zal worden afgerond eind 2000.

Er is een groot aantal voorzieningen verstrekt aan ouderen en gehandicapten. Dit aantal is opgelopen van 238.000 in 1994 tot 685.000 in 1998. WVG-voorzieningen komen in overwegende mate bij ouderen terecht. In 1998 is 71.5% van de aanvragers ouder dan 65 jaar.

Tabel 2.1: Aantal gebruikers van een WVG-voorziening

	1994	1995	1996	1997	1998	groei/jr
65-plussers (x1000)	120	179	247	336	396	35%
als aandeel van het totaal	62%	67%	69%	71%	71%	
0-65 jaar (x1000)	74	89	112	139	158	21%
als aandeel van het totaal	38%	33%	31%	29%	29%	
totaal (x1000)	194	268	359	475	554	30%

Bron: kerncijfers WVG 1998

De totale gemeentelijke WVG-uitgaven bedroegen in 1998 1714 mln, waarvan bijna 20% voor uitvoeringskosten. De toevoeging aan het gemeentefonds in relatie tot de WVG bedroeg toen 1641 mln. In 1999 is 25 mln extra aan het gemeentefonds toegevoegd, oplopend tot 225 mln structureel vanaf 2002. Dit, om de verwachte verdere toename in het WVG-gebruik - als gevolg van extramuralisering, vergrijzing e.d. - te kunnen opvangen.

Tabel 2.2: Uitgaven WVG gemeenten

mln gld	1998
Woonvoorzieningen	429
Individuele vervoersvoorzieningen ¹	543
Collectief vervoer	209
Rolstoelen	221
Totaal uitgaven voorzieningen	1402
Apparaatsuitgaven	233
Externe indicatie-uitgaven	73
Overige uitgaven	14
Totale uitvoeringskosten	320
Eigen inkomsten (wo. eigen bijdragen)	8
Totale netto uitgaven	1714

bron: kerncijfers WVG 1998 (november 1999)

Doel van de WVG is ondersteuning van mensen met beperkingen. Daarnaast liggen aan de WVG motieven ten grondslag gericht op meer doelmatigheid en betere voorwaarden tot kostenbeheersing. Het kabinet zoekt naar een balans tussen enerzijds het bevorderen van de mogelijkheden van zelfstandig wonen en anderzijds het betaalbaar houden van de voorzieningen die hierop gericht zijn. Door de

¹ Betreft scootermobielen, geldsomverstrekkingen, e.d.

decentralisatie van de woon- en vervoersvoorzieningen voor mensen met beperkingen krijgen gemeenten de ruimte om eigen beleid te voeren en zorg op maat te bieden. Het kabinet was van mening dat gemeenten beter dan wie dan ook de voorzieningen af konden stemmen binnen het lokale beleid en de lokale situatie. Dit zou zowel de kwaliteit als de doelmatigheid van de voorzieningen ten goede komen. Gemeenten krijgen naast beleidsvrijheid ook de budgettaire verantwoordelijkheid. Hierdoor worden zij geprikkeld de wet zo doelmatig mogelijk uit te voeren. Bij de invoering van de wet was de mogelijkheid tot het heffen van eigen bijdragen daartoe een belangrijk instrument. Hiermee werd een groter beroep gedaan op de draagkracht van de doelgroep-WVG. Dit gebeurde primair door verlaging van de tegemoetkoming voor vervoerskosten en door het niet meer volledig vergoeden van de kosten van woningaanpassingen. De mogelijkheden om eigen bijdragen te heffen zijn in 1996 om inkomenspolitieke redenen evenwel ingeperkt. Voor de rolstoelen mogen helemaal geen eigen bijdragen meer in rekening worden gebracht. De zorgplicht die de gemeenten op grond van de WVG hebben is in de wet globaal omschreven. Het kabinet achtte het niet passend om bij decentralisatie van beleid en overdracht van financiële verantwoordelijkheid naar gemeenten aan het voorzieningenbeleid een nadere wettelijke invulling te geven. Dat zou ook te weinig ruimte geven aan gemeenten voor lokale afstemming. De essentie van de zorgplicht is dat gemeenten gehouden zijn een adequate oplossing te treffen voor de problemen waarmee de doelgroep op de in de wet genoemde terreinen (wonen, vervoer en verplaatsen in of rond de woning) geconfronteerd worden. De oplossing die de gemeente treft dient de handicap als gevolg van beperkingen van de mensen weg te nemen of te verminderen. Dat de gemeenten bij de invulling van de zorgplicht verschillende keuzen maken, is inherent aan de decentralisatie.

2.4 Beoordeling van de WVG in relatie tot het IBO

In de in paragraaf 2.1 genoemde brief van 6 mei 1991 zijn door het kabinet verschillende uitgangspunten voor de nieuwe structuur geformuleerd. Op grond van deze uitgangspunten lijken de doelen van de WVG-operatie grotendeels te zijn gerealiseerd (zie ook de eerste en tweede evaluatie WVG uit 1995 respectievelijk 1997). Met het oog op een aantal van de geformuleerde uitgangspunten zijn verdere verbeteringen mogelijk.

- De WVG heeft een duidelijke bijdrage geleverd aan de mogelijkheid voor ouderen en gehandicapten om zolang mogelijk zelfstandig te kunnen blijven wonen. Het voorzieningenaanbod is vooral uitgebreid voor de groep ouderen.
- De WVG is opgenomen in een budgettair beheersbaar kader. Deze beheersbaarheid is gerealiseerd middels budgettering via het gemeentefonds gecombineerd met gemeentelijke beleidsvrijheid. Daarbij kan de kanttekening worden geplaatst dat de mate van beleidsvrijheid is afgenomen met de inperking in 1996 van de mogelijkheid om eigen bijdragen te heffen. Overigens kan worden geconstateerd dat de gemeentelijke uitgaven de afgelopen jaren fors zijn gestegen en dat het budget bij Regeerakkoord 1998 opwaarts is bijgesteld.
- Met de introductie van de WVG is voor een aantal voorzieningen een integrale benadering mogelijk gemaakt en hoeven ouderen en gehandicapten zich slechts bij één loket te voegen. Echter, voor het

totaalaanbod van voorzieningen moet geconstateerd worden dat nog steeds sprake is van scheiding van verantwoordelijkheden en van verschillende loketten.

- Overlappingsen en het opeenvolgend of gelijktijdig verstrekken van gelijksoortige voorzieningen krachtens verschillende (wettelijke) regelingen is met de WVG minder geworden, maar komt voor een aantal voorzieningen nog steeds voor, zoals in het volgende hoofdstuk verder wordt uitgewerkt.

3. Probleemanalyse

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt onderzocht welke knelpunten zich voordoen bij de WVG in relatie tot samenhangende regelingen op de terreinen zorg, vervoer en wonen.

Vervolgens wordt geanalyseerd welke toekomstige ontwikkelingen in dit verband relevant zijn (zie paragraaf 3.5).

3.2 Zorg

Er is sprake van onderlinge samenhang tussen hulpmiddelen, woningaanpassingen en thuiszorg. De regelingen in dit verband zijn de WVG, de Regeling hulpmiddelen 1996 op basis van de Zfw en de AWBZ. In Tabel 3.1 zijn de betreffende voorzieningen gespecificeerd per regeling. Er doen zich afbakeningsproblemen voor, doordat de uitvoeringsverantwoordelijkheden en de geldstromen van elkaar gescheiden zijn en doordat tegelijkertijd sprake is van enige overlap in de doelstellingen. Mede hierdoor worden via de verschillende regelingen substituten, complementaire producten, van elkaar verschillende voorzieningen die samenhangen met eenzelfde aandoening of beperking en soms dezelfde voorzieningen, verstrekt.

Tabel 3.1: Aan elkaar gerelateerde voorzieningen per regeling

Regeling	Voorzieningen
WVG	1. Rolstoelen 2. Woningaanpassingen
AWBZ	3. Thuiszorg 4. Tijdelijke uitleen hulpmiddelen 5. Intramurale voorzieningen gelijk aan (1), (2) en (6)
Zfw	6. Regeling hulpmiddelen 1996

Door deze verdeling van verantwoordelijkheden ontstaan er problemen op zowel cliëntniveau, uitvoeringsniveau als rijksniveau. Op cliëntniveau doet zich een lokettenprobleem voor. Het is voor de cliënt niet altijd duidelijk of en zo ja waar voorzieningen kunnen worden aangevraagd. Daarnaast bestaat het risico van het 'kastje naar de muur' gestuurd te worden en wordt het aanbod niet optimaal afgestemd op de totale hulpvraag. Dit, omdat er geen integrale afweging terzake plaatsvindt.

Op uitvoeringsniveau leiden de gescheiden verantwoordelijkheden tot mogelijke afwenteling en ondoelmatigheden in de uitvoering. De ondoelmatigheden hangen samen met dubbelingen en onduidelijkheden in de uitvoering en doordat de uitvoeringsorganisaties rekening moeten houden met andere uitvoeringsinstellingen. Een tweede probleem op uitvoeringsniveau is dat mede door de niet geharmoniseerde eigen bijdragen, strategisch gedrag mogelijk is, waardoor de cliënt gestimuleerd wordt om te zoeken naar voorzieningen met de geringste eigen bijdrage. De huidige lage eigen bijdragen, maar ook de afwezigheid van een daarmee min of meer vergelijkbare statiegeldsystematiek, beperken het verantwoordelijkheidsgevoel van cliënten voor voorzieningen, wat mogelijk leidt tot ondoelmatig gebruik en afwenteling.

Op rijksniveau is SZW verantwoordelijk voor de WVG en VWS voor de Zfw, de AWBZ en het ouderen- en gehandicaptenbeleid. Deze gescheiden verantwoordelijkheden belemmeren een integrale beleidsafweging en bemoeilijken een optimale uitkomst van het beleidsproces.

3.3 Vervoer

3.3.1 Regulier openbaar vervoer

Ook de verantwoordelijkheden voor het gehandicaptenvervoer zijn zowel op rijksniveau als op uitvoeringsniveau van elkaar gescheiden. Daardoor wordt er nog lang niet altijd een integrale afweging gemaakt met het oog op de vraag of er specifiek gehandicaptenvervoer dan wel toegankelijk regulier openbaar vervoer (onder andere in de vorm van collectief vraagafhankelijk vervoer (CVV)) wordt aangeboden. Hoewel meer initiatieven worden genomen om CVV te realiseren, komt het vergroten van de toegankelijkheid van het openbaar in het algemeen nog slechts langzaam van de grond².

Op cliëntniveau betekent dit dat de doelgroep-WVG nog te weinig van reguliere vervoersvoorzieningen gebruik kan maken.

Op uitvoeringsniveau is de totstandkoming van een integrale afweging tussen een specifieke en generieke vervoersvoorziening daarom afhankelijk van spontane initiatieven van gemeenten en OV-overheden. Hierdoor blijven doelmatigheidswinsten liggen, temeer doordat het toegankelijk maken van generieke voorzieningen, door de vergrijzing, gepaard gaat met steeds meer schaalvoordelen.

3.3.2 Bovenregionaal vervoer

Doordat het WVG-vervoer lokaal of regionaal is georganiseerd, kunnen er tussen gemeenten grote verschillen bestaan. Er zijn gemeenten met een collectief systeem op grond van de WVG, gemeenten met een CVV-systeem (ook voor niet-gehandicapten) en gemeenten die alleen individuele vervoersvergoedingen verstrekken. Daarnaast kunnen ook de voorwaarden verschillen waartegen burgers van het WVG-vervoer gebruik kunnen maken.

² CVV - is bedoeld als alternatief voor OV op basis van een dienstregeling, met name in gebieden waar de vraag naar OV gering(er) is. Sinds 1998 hebben de voor het OV verantwoordelijke overheden de mogelijkheden om CVV in te voeren. Dit zijn de provincies, de kaderwetgebieden en 16 middelgrote gemeenten. Het beleid van de minister van V&W inzake de verbetering van de

Als gevolg van één en ander kunnen afstemmingsproblemen ontstaan bij bovenregionaal vervoer. Op cliëntniveau is het mogelijk dat men geconfronteerd wordt met lastige overgangsproblemen als men de grens passeert tussen het ene en het andere vervoersgebied. De gemeenten hebben geen (uitvoerings)verantwoordelijkheid voor het bovenregionale vervoer. Ook andere regelingen voorzien daar niet in. Daarom is er een tijdelijke oplossing gevonden in de vorm van het bovenregionaal gehandicaptenvervoer dat wordt uitgevoerd door Connexxion-dochter Traxx.

3.3.3 Doelgroepenvervoer

Op het terrein van het doelgroepenvervoer doen zich afstemmingsproblemen voor tussen de WVG en het zittend ziekenvervoer. Het komt voor dat mensen die zich van en naar een dokter of specialist laten vervoeren gebruik maken van het WVG-vervoer, terwijl dat hiervoor niet bestemd is. Dit, omdat bij het zittend ziekenvervoer, in tegenstelling tot de WVG, een eigen bijdrage in rekening wordt gebracht (f.155,- per polis voor het zittend ziekenvervoer). Hierdoor komen de kosten terecht bij de gemeenten, terwijl de betreffende budgetten zijn ondergebracht bij de zorgverzekeraars.

Bij het overige doelgroepenvervoer (AWBZ-dagvervoer, REA-, WSW- en leerlingenvervoer) is veel minder sprake van afstemmingsproblemen met de WVG. Dit komt vooral doordat de doelgroepen van elkaar verschillen en doordat er op verschillende tijden wordt gereden (zie ook KPMG, 1999, Verbeteringen Doelgroepenvervoer).

3.4 Wonen

3.4.1 Onderscheid intramuraal/extramuraal

Mensen willen steeds langer zelfstandig blijven wonen. Deze ontwikkeling wordt door het kabinetsbeleid ondersteund en is ook een belangrijke doelstelling van de WVG. Inspelend op deze extramuraliseringstendens worden sinds enige jaren door (samenwerkende) lokale marktpartijen (zorginstellingen, woningcorporaties, gemeenten, cliënten zelf) in toenemende mate nieuwe woonvormen gerealiseerd, zoals woonzorgcomplexen, groepswonen van ouderen, kleinschalige projecten begeleid wonen voor gehandicapten en dergelijke. Daarbij wordt een beroep gedaan op diverse vormen van extramurale voorzieningen, waardoor een alternatief ontstaat voor verblijf in een (schaarse) intramurale instelling. Deze trend is onomkeerbaar en past binnen het kabinetsbeleid, maar heeft geleid tot een grijs gebied waarin het voor de uitvoering soms onduidelijk is wie waarvoor verantwoordelijk is. Dit komt mede doordat het niet altijd duidelijk is of sprake is van zelfstandig wonen dan wel een extramurale - op zelfstandig wonen lijkende - capaciteitsplaats van een intramurale instelling op grond van art.8 AWBZ. In het eerste geval wordt een beroep gedaan op door gemeenten gefinancierde dienstverlening. In het tweede geval komt de dienstverlening voor rekening van de intramurale instelling en de AWBZ. In de praktijk leidt één en ander tot afstemmingsproblemen met betrekking tot specifieke voorzieningen (zoals hulpmiddelen, (thuis)zorg,

huishoudelijke hulp en woningaanpassingen), afwenteling door de uitvoeringsorganisaties en een lokettenprobleem voor de gebruikers (zie ook paragraaf 3.2).

3.4.2 Woningaanpassingen

Op rijksniveau ligt de ministeriële verantwoordelijkheid voor woningaanpassingen op grond van de WVG bij SZW, terwijl de verantwoordelijkheid voor het algemene woonbeleid is gepositioneerd bij VROM. Dat bemoeilijkt een integrale beleidsafweging, waarbij het gaat om het woonbeleid in relatie tot het gehandicaptenbeleid en in het bijzonder de woningaanpassingen. Daar staat tegenover dat VROM een sociale doelstelling hanteert, waardoor de zorg voor ouderen en gehandicapten expliciet onderdeel uitmaakt van het woonbeleid. Dat komt ook naar voren in de ontwerpnota Wonen.

Op uitvoeringsniveau hebben de gemeenten een zorgplicht voor de woningaanpassingen. In het Bouwbesluit zijn voor nieuwbouw en ingrijpende verbouw minimumeisen ten aanzien van aanpasbaar bouwen opgenomen. Woningbouwers, zoals projectontwikkelaars en corporaties, hebben er geen direct belang bij om zelf bij nieuw- en verbouw rekening te houden met de levensloopbestendigheid van woningen. Het gevolg is dat aanpassingen vaak achteraf nodig zijn en dat de kosten worden afgewenteld op het (gemeentelijk) collectief. Aanpassingen die pas na de bouw worden aangebracht zijn onnodig duur. Echter, het gaat hier om een relatief beperkt aandeel van het totaal. De belangrijkste opgave voor wat betreft de woningaanpassingen heeft betrekking op de bestaande voorraad.

Een ander probleem op uitvoeringsniveau is dat als woningen voor verkoop of verhuur worden aangeboden, het vaak onvoldoende bekend is of ze geschikt zijn voor mensen met beperkingen. Dit kan mede veroorzaakt worden door het beperkte financieel belang van de doelgroep als gevolg van de lage eigen bijdragen voor woningaanpassingen. Hierdoor komt het hervestrekken van toegankelijk gemaakte woningen aan mensen met beperkingen nauwelijks voor en worden voorzieningen onnodig snel afgeschreven. De kosten daarvan komen voor rekening van de overheid.

3.5 Ontwikkelingen

3.5.1 Vraagontwikkelingen

De werkgroep heeft een inventariserend onderzoek laten doen naar factoren die het beroep op de WVG beïnvloeden (zie supplement Factoren Benoemd). Geconcludeerd kan worden dat een groot aantal factoren van invloed is op de totale toekomstige vraag naar ouderenzorg. Hoewel er factoren zijn die een neerwaartse invloed zullen hebben op de vraag³, is de verwachting dat de totale vraag de komende jaren zal stijgen (zie ook SCP, 1997, Vraagverkenning wonen en zorg voor ouderen). Daarmee wordt in de huidige zorgbudgetten ook al rekening gehouden. De belangrijkste oorzaak van de vraagstijging is de

³ Een belangrijke factor die in dit verband genoemd kan worden is de afname van het relatieve aantal ouderen met fysieke beperkingen. Dit is onder meer het gevolg van een gezondere levensstijl, betere medische zorg, de toegenomen gemiddelde opleiding en samenhangend daarmee het toegenomen aandeel arbeid in dienstverlening in plaats van industrie.

vergrijzing van de bevolking. Rond 2040 is de vergrijzing naar verwachting op zijn hoogtepunt. Daarna zal het aandeel ouderen in de totale bevolking naar verwachting op een structureel hoog niveau blijven.

Tabel 3.2: Aantal en aandeel 65+ in de totale bevolking

	1998	2010	2020	2030	2040	2050
Totale bevolkingsomvang (mln)	15,7	16,4	16,6	16,6	16,3	15,7
Aantal 65-plussers (mln)	2,1	2,4	3,0	3,6	3,8	3,5
In procenten van de totale bevolking	13,5	14,7	18,3	21,7	23,5	22,4

Bron: CBS bevolkingsprognose 1998-2050, Maandstatistiek van de bevolking, januari 1999

Andere factoren die genoemd kunnen worden en die naar verwachting zullen leiden tot een groter beroep op de overheid zijn het hogere gemiddelde opleidingsniveau van in het bijzonder de groep ouderen, een grotere mondigheid en een toenemende kennis van de markt voor voorzieningen. Dit laatste zal mede worden gestimuleerd door de huidige ontwikkelingen in de ICT.

Een tegenbeweging kan evenwel zijn dat met name ouderen er juist voor zullen kiezen om voorzieningen privaat te regelen. Een dergelijke tendens is bijvoorbeeld nu al zichtbaar in de AWBZ, waar met name de hogere inkomensklassen er in bepaalde situaties vanaf zien om gebruik te maken van de AWBZ-aanspraken en hun zorg privaat inkopen⁴ (SER, 1999, Gezondheidszorg in het licht van de toekomstige vergrijzing, pagina 124).

Naast de stijgende vraag zal er ook een verandering plaatsvinden in het behoeftenpatroon. Een belangrijke ontwikkeling is de steeds sterker wordende behoefte aan zelfstandigheid en individualisering, waardoor mensen steeds langer zelfstandig willen blijven wonen en los van professionele hulp of hulp uit het sociale netwerk wil kunnen functioneren. De toenemende behoefte aan zorgvoorzieningen gecombineerd met de vergrijzing, zorgt er tevens voor dat verschillende voorzieningen steeds meer een normaal onderdeel gaan uitmaken van de totale menselijke levenscyclus. Eén en ander zal leiden tot een stijging van de vraag naar voorzieningen gericht op zelfstandig wonen en maatschappelijke participatie.

Door de toename van het aantal zelfstandig wonenden, zal het beroep op de zorg verschuiven van intramuraal naar extramuraal. Bij de extramurale voorzieningen kan gedacht worden aan de WVG, de Regeling hulpmiddelen 1996 en de thuiszorg op grond van de AWBZ. Desondanks kan niet met zekerheid gezegd worden dat de kosten extramuraal sneller zullen stijgen dan intramuraal. Dit komt doordat ook rekening moet worden gehouden met andere ontwikkelingen, zoals het zogenaamde Baumol-effect⁵, het geheel van epidemiologische en (medisch)-technologische ontwikkelingen en veranderingen in de

⁴ Een aspect van dit verschijnsel is het toenemend aanbod van commerciële zorgarrangementen, service- en pluspakketten in de ouderenzorg.

⁵ Het Baumol-effect houdt in dat de gemiddelde kosten voor de zorg in de loop van de tijd zullen stijgen doordat, vanwege de aard van het werk, de gemiddelde arbeidsproductiviteit in de zorgsector zal achterblijven bij de gemiddelde landelijke arbeidsproductiviteit.

organisatie van zorg (SER, 1999, Gezondheidszorg in het licht van de toekomstige vergrijzing). Er zijn geen cijfers beschikbaar over de verhouding tussen de verwachte groei van intramurale en extramurale zorg. Aanbevolen wordt om hiernaar kwantitatief onderzoek te verrichten.

3.5.2 Het aanbod van voorzieningen

Het aanbod van zorgvoorzieningen zal tegemoet moeten kunnen komen aan de toenemende behoefte van mensen om langer thuis te blijven wonen (voortgaande extramuralisering) en de grotere behoefte aan zelfstandigheid en maatschappelijke participatie in het algemeen. Tevens zal het stelsel in staat moeten zijn om de kosten van de vraagstijging op te vangen, om de zorg in de toekomst voor iedereen toegankelijk te kunnen houden (zie paragraaf 3.5.3). De huidige afbakening van verantwoordelijkheden tussen gemeenten en zorgverzekeraars vormt een belemmering om adequaat op deze trends in te kunnen inspelen.

Door de verwachte ontwikkelingen, zal meer behoefte ontstaan aan een evenwichtig aanbod van individuele aanspraken, collectieve voorzieningen en toegankelijke generieke voorzieningen. Het verzekeringsstelsel speelt door het aanbod van geflexibiliseerde individuele zorgaanspraken wel in op deze behoefte, maar kan op termijn onvoldoende inspelen op de behoefte aan met name niet-zorgvoorzieningen en collectieve voorzieningen op het lokale niveau die het zelfstandig wonen daadwerkelijk mogelijk maken. De gemeenten daarentegen zijn wel in staat om een dergelijk breed en flexibel aanbod voor ouderen en gehandicapten te genereren. Belangrijk daarbij is dat zij het ouderen- en gehandicaptenbeleid kunnen betrekken bij het overige gemeentelijke (niet-gehandicapten)beleid.

3.5.3 Budgettaire beheersbaarheid

Mede met het oog op de verwachte stijging van de vraag, is de budgettaire beheersbaarheid van de zorgregelingen van belang. Een probleem bij de huidige afbakening van verantwoordelijkheden, is dat de budgettaire beheersbaarheid van het deel van de aanspraken dat is ondergebracht bij de zorgverzekeraars beperkt is, terwijl daarvoor bij de gemeenten op grond van de WVG betere waarborgen bestaan.

De oorzaak is dat de ziektekostenverzekeringen open einde elementen bevatten als gevolg van de wettelijke individuele aanspraken. Deze rechten zijn onlangs in enkele gerechtelijke uitspraken bevestigd.

Hoewel bij de gemeenten op grond van de WVG sprake is van een wettelijke zorgplicht, zijn zij flexibel in de wijze waarop hieraan invulling wordt gegeven. Zij bepalen aldus zelf de aard van de voorzieningen en tot op zekere hoogte de voorwaarden waartegen ze worden aangeboden. Deze beleidsvrijheid, gecombineerd met financiële verantwoordelijkheid, bevordert de budgettaire beheersbaarheid. Dit laat onverlet dat er tussen het Rijk en de VNG afspraken zijn gemaakt dat bepaalde omstandigheden aanleiding kunnen zijn om het budget te verhogen.

3.6 Conclusies

Geconstateerd kan worden dat er voor wat betreft de uitvoering van de WVG sprake is van afstemmingsproblemen op de terreinen zorg, vervoer en wonen. De oorzaak daarvan is de onvoldoende aansluiting tussen zowel verantwoordelijkheden als geldstromen en het opeenvolgend of gelijktijdig verstrekken van gelijksoortige voorzieningen krachtens verschillende (wettelijke) regelingen. Hierdoor wordt op een aantal terreinen een integrale beleidsafweging belemmerd en kan het aanbod moeilijk volledig worden afgestemd op de vraag. Tevens leidt het naast elkaar bestaan van verschillende loketten tot verwarring bij de cliënt en het risico dat hij of zij van het kastje naar de muur wordt gestuurd.

Daarnaast zal de vraag naar ouderen- en gehandicaptenvoorzieningen zowel qua omvang als qua aard veranderen. De totale vraag neemt toe en zal meer gericht zijn op zelfstandigheid en individueel maatwerk. Bij de huidige afbakening van verantwoordelijkheden zal onvoldoende op deze vraagontwikkeling kunnen worden ingespeeld. Het zelfstandig wonen door ouderen en gehandicapten kan in de directe leefomgeving niet voldoende worden gefaciliteerd. Voor wat betreft de budgettaire beheersbaarheid is van belang dat bij de zorgverzekeraars sprake is van open einde elementen.

4. Beleidsopties

4.1 Inleiding

Uit de probleemanalyse in het vorige hoofdstuk blijkt dat de scheiding van verantwoordelijkheden voor min of meer aan elkaar gerelateerde voorzieningen op het terrein van de ouderen- en gehandicaptenzorg leidt tot afbakeningsproblemen. Daarnaast is het huidige stelsel niet in staat om adequaat in te spelen op de komende vraagontwikkelingen.

Hierna worden onder paragraaf 4.2 eerst vier beleidsopties beschreven. Conform de taakopdracht is het uitgangspunt daarbij de herverdeling van taken en verantwoordelijkheden. In 4.3 worden criteria opgesteld. In paragraaf 4.4 worden de gepresenteerde opties aan deze criteria getoetst en in 4.5 worden de conclusies getrokken.

4.2 Alternatieve beleidsopties

Er zijn door de werkgroep vier opties verkend. Het gaat vooralsnog om globale denkrichtingen, die bij een eventuele praktische toepassing nader zullen moeten worden uitgewerkt. De uitwerking van de meest wenselijke opties vindt plaats in hoofdstuk 5. De hierna beschreven beleidsopties betreffen (1) handhaving van het huidige stelsel, (2) het verzekeringsstelsel, (3) een dienstverleningsstelsel en (4) integratie van wonen en/of vervoer met de generieke verantwoordelijkheden. De opties (1), (2) en (3) vormen alternatieven voor elkaar. Voor optie (4) is het mogelijk dat deze (gedeeltelijk) wordt ingevoerd naast de andere.

4.2.1 Handhaving van het huidige stelsel

In deze variant blijft het huidige stelsel van ouderen- en gehandicaptenvoorzieningen gehandhaafd. In bestuurlijk opzicht is de versterking van de rol van gemeenten van belang bij het op lokaal niveau vormgeven van een geïntegreerd lokaal beleid. Die integratie is met name van belang voor groepen als ouderen en gehandicapten. De integrale beleidsverantwoordelijkheid van gemeenten komt al expliciet tot uiting in beleid op terreinen als welzijn, wonen, openbare gezondheidszorg, onderwijs, wonen en in het Grote stedenbeleid.

In deze variant wordt rekening gehouden met de verwachte gevolgen van een aantal reeds in gang gezette beleidswijzigingen en stimuleringsprogramma's, die aansluiten op gesignaleerde ontwikkelingen in de samenleving en de geconstateerde knelpunten in de zorg- en dienstverlening. Voorbeelden zijn de modernisering AWBZ, regiovisie, de instelling van de regionale indicatieorganen en de woonzorg stimuleringsregeling. Het gaat dan met name om die onderdelen van ingezet beleid die de samenwerking tussen gemeenten en overige uitvoerders van aanpalende regelingen als doel heeft.

4.2.2 Verzekeringsstelsel

In het verzekeringsstelsel wordt meer integratie van verantwoordelijkheden tot stand wordt gebracht door de voorzieningen die thans door de gemeenten worden verstrekt op basis van de WVG over te hevelen naar het zorgverzekeringsstelsel. De ministeriële verantwoordelijkheid wordt daarmee overgedragen van SZW naar VWS. Relevant is ook op welke wijze de voorzieningen binnen het stelsel worden verdeeld over het eerste (AWBZ), tweede (ziektekostenverzekering) en/of derde (vrijwillige verzekering) compartiment. Het is voor de analyse hierna evenwel niet per sé nodig om de verdeling over de compartimenten nader uit te werken. Bovendien ligt hier een relatie met de uitkomsten van de stelseldiscussie.

4.2.3 Dienstverleningsstelsel

In deze variant wordt een scherp onderscheid en tegelijk een naadloze aansluiting tot stand gebracht tussen enerzijds de door de gemeenten uitgevoerde WVG en anderzijds het door de rijksoverheid aangestuurde ziektekostenstelsel (waaronder AWBZ en Zfw). Een breed en onderling samenhangend pakket van voorzieningen gericht op welzijn en maatschappelijke participatie van zelfstandig wonende mensen met lichamelijke, sociale of geestelijke beperkingen wordt samengebracht in een dienstverleningsstelsel. Voorzieningen die samenhangen met medische behandeling of verpleging worden of blijven onderdeel van een (zuiver) ziektekostenstelsel. Het dienstverleningsstelsel wordt in medebewind tussen Rijk en gemeenten uitgevoerd. Er is sprake van een ruime mate van gemeentelijke beleidsvrijheid, binnen een kader van wettelijk vastgelegde randvoorwaarden. De randvoorwaarden sluiten per voorzieningsoort aan bij de mate waarin de rijksoverheid vanuit zijn algemene verantwoordelijkheid voor welzijn en gezondheid van burgers daarvoor wettelijke waarborgen wil scheppen en zijn er met name op gericht de minimale beschikbaarheid en kwaliteit te waarborgen van voorzieningen, waarvan mensen afhankelijk zijn of welke een noodzakelijk onderdeel vormen van een gedecentraliseerd dienstverleningsstelsel.

4.2.4 Wonen en vervoer

De woningaanpassingen en/of het gehandicaptenvervoer kunnen worden ondergebracht in het dienstverleningsstelsel of het ziektekostenverzekeringsstelsel, maar hier kan ook anders mee worden omgegaan.

De verantwoordelijkheid voor WVG-vervoersvoorzieningen zou kunnen worden geïntegreerd met de verantwoordelijkheid voor het reguliere openbaar vervoer. Dat kan geregeld worden op uitvoeringsniveau bij de reguliere OV-autoriteiten. Daarnaast zou op rijksniveau het gehandicaptenvervoer kunnen worden ondergebracht bij V&W.

De woningaanpassingen zouden ondergebracht kunnen worden bij het algehele woonbeleid en daarmee onderdeel gaan uitmaken van de beleidsverantwoordelijkheid van het ministerie van VROM.

4.3 Toetsingscriteria

4.3.1 Inleiding

In de taakopdracht van het IBO WVG staat een aantal toetsingscriteria beschreven, waaraan de beleidsopties dienen te voldoen. De beleidsopties dienen een oplossing te bieden voor de hiervoor beschreven knelpunten. Daarnaast moeten ze worden getoetst aan hun bijdrage aan een grotere doelmatigheid en doeltreffendheid, zowel in maatschappelijk als in financieel opzicht.

- Bij de doeltreffendheid in maatschappelijk opzicht ofwel de **effectiviteit**, gaat het erom of de doelstellingen van het overheidsbeleid worden gerealiseerd en of het stelsel voldoende inspeelt op de behoeften van de gebruikers.
- Voor de **doelmatigheid** is het van belang dat zowel het uitvoerings- als beleidsproces zo goedkoop mogelijk is vormgegeven en dat de meest goedkope adequate voorzieningen worden aangeboden.
- Bij de doeltreffendheid in financieel opzicht gaat het in het bijzonder om de **budgettaire beheersbaarheid** van het stelsel.

4.3.2 Effectiviteit en doelmatigheid

De factoren die de effectiviteit en doelmatigheid bepalen komen grotendeels met elkaar overeen. Bij de toetsing beperken wij ons tot de factoren waarop het Rijk via wet- en regelgeving invloed heeft.

- Er is sprake van financiële en/of niet-financiële prikkels, waardoor de uitvoeringsorganisatie belang heeft bij een effectief en doelmatig resultaat.
- De verantwoordelijkheidsverdeling is logisch en helder en het aantal loketten is zo beperkt mogelijk (zowel in de front-office als de back-office). Voor wat betreft de effectiviteit gaat het om het gemak voor de cliënt en de betere mogelijkheid een integrale afweging te maken van de totale hulpvraag. Tevens zal het stelsel in staat moeten zijn om adequaat in te spelen op de ontwikkelingen zoals beschreven in paragraaf 3.5. Bij de doelmatigheid gaat het er vooral om dat het risico van afwenteling en dubbelingen in de uitvoering worden beperkt.
- De voorwaarden die aan de uitvoeringsorganisatie worden gesteld zijn dat de taken van de organisatie zoveel mogelijk beperkt zijn tot de kerntaken en dat er sprake is van een optimale schaalgrootte.

4.3.3 Budgettaire beheersbaarheid

De budgettaire beheersbaarheid van het stelsel is vooral van belang met het oog op de verwachte toename van het beroep op zorgvoorzieningen de komende decennia (zie ook paragraaf 3.5). Uitgangspunt is dat de beleids-, uitvoerings- en financiële verantwoordelijkheid zoveel mogelijk in één hand is gebracht. Dat impliceert dat sprake moet zijn van een vorm van budgettering van de uitvoeringsorganisaties, waarbij tegelijkertijd sprake is van voldoende beleidsruimte om het (toenemend) beroep op de regeling te kunnen accommoderen.

4.4 Toetsing beleidsopties

4.4.1 Handhaving van het huidige stelsel

In hoofdstuk 3 zijn de knelpunten met betrekking tot het huidige stelsel beschreven. De toetsing van deze beleidsoptie heeft derhalve in dat hoofdstuk reeds plaatsgehad. Een belangrijk probleem is dat het huidige stelsel naar verwachting onvoldoende in staat is om mee te groeien met de maatschappelijke ontwikkelingen, de technologische vernieuwingen en de wijzigende voorkeuren en zorgvraag van mensen. Er zijn evenwel reeds maatregelen genomen, mede gericht op deze problematiek (zie paragraaf 5.2). Deze bieden gedeeltelijk oplossingen voor de korte termijn, maar op de langere termijn zullen bij instandhouding van het huidige stelsel steeds opnieuw afstemmingsproblemen ontstaan.

4.4.2 Verzekeringsstelsel

Effectiviteit: Door de integratie van verantwoordelijkheden kan verwacht worden dat de afstemmingsproblemen zowel op rijks- als op uitvoeringsniveau zullen verminderen. De vraag is echter in hoeverre het aantal loketten zal verminderen. Voor bepaalde welzijnstaken blijft het gemeenteloket namelijk bestaan - waardoor sprake zal blijven van afstemmingsproblematiek tussen de zorgsector en de gemeenten - en ook de verdeling van de voorzieningen over het eerste en tweede compartiment is daarbij van belang.

Een belangrijk nadeel van het ziektekostenstelsel is dat het aanbod beperkt is tot individuele zorgaanpakken die niet altijd in relatie kunnen worden gebracht met meer algemene voorzieningen in de directe leefomgeving en daardoor onvoldoende kunnen inspelen op de in paragraaf 3.5.1 beschreven maatschappelijke ontwikkelingen zoals het langer zelfstandig thuis wonen en de normalisering van bepaalde voorzieningen als onderdeel van de totale levenscyclus. Dit heeft ook te maken met de kerntaak van de zorgverzekeraars, die ertoe leidt dat voorzieningen vooral worden aangeboden vanuit medisch perspectief.

Doelmatigheid: Met het oog op de doelmatigheid zouden door de samenvoeging van de verschillende voorzieningen in een verzekeringsstelsel synergievoordelen behaald kunnen worden. Nadeel is echter dat in plaats van de voorzieningen op grond van individuele aanspraken, moeilijk (goedkopere) alternatieven - waaronder ook collectieve voorzieningen en aangepaste generieke voorzieningen - kunnen worden aangeboden. Een ander nadeel is dat de prikkel om binnen het zorgstelsel doelmatig te werken op onderdelen beperkt is.

Budgettaire beheersbaarheid: Hier doet zich weer het probleem voor van de open einde elementen in de verzekeringssystematiek, zoals reeds besproken in paragraaf 3.5.3. Ook zal de budgettaire beheersbaarheid niet verbeteren als in de toekomst in het kader van de modernisering AWBZ gewerkt gaat worden met vormen van persoonsvolgende of -gebonden budgetten.

4.4.3 Dienstverleningsstelsel

Effectiviteit: Voordeel is dat de gemeenten hun taken in een dienstverleningsstelsel kunnen verbinden met het beleid ten aanzien van de overige lokale taken en verantwoordelijkheden zoals op het terrein van wonen, werken, inkomen en welzijn. Daardoor is het totale lokale aanbod flexibeler en kan het zelfstandig wonen worden gefaciliteerd met een breed aanbod van individuele, collectieve en aangepaste generieke voorzieningen. Mede hierdoor zal het beter mogelijk zijn om in te spelen op de hiervoor geschetste maatschappelijke ontwikkelingen. Bovendien is het logischer om de voorzieningen die samenhangen met het zelfstandig wonen zoveel mogelijk bij de gemeenten neer te leggen in plaats van bij de zorgverzekeraars. Het gaat immers niet - zoals in de zorg - om medisch gerichte hulp, maar om zaken als welzijn, maatschappelijke participatie, wonen en dergelijke. De ervaringen met de WVG tonen bovendien aan dat gemeenten vaak betere resultaten boeken met collectieve oplossingen dan voorheen met een systeem van uitsluitend individuele aanspraken. Dit blijkt onder meer uit de tweede evaluatie WVG (SZW, 1997, Een verstrekende wet II). Gemeenten zijn in een gecombineerde integrale benadering beter dan de zorgverzekeraars in staat om maatwerk te leveren door hun relatief korte afstand tot de burgers. Daarbij komt dat zij als democratisch gelegitimeerd orgaan, er direct belang bij hebben om goed in te spelen op de zorgvraag.

Door de bundeling tot een samenhangend pakket van zorg- en dienstverlening, ontstaat een heldere afbakening van verantwoordelijkheden, waardoor de cliënt beter weet waar hij moet zijn met zijn zorgvraag. Daarnaast zal in het dienstverleningsstelsel een groter deel van de zorg voor rekening genomen worden door de gemeente, waardoor de cliënt langere tijd met slechts één loket te maken heeft. Hij/zij krijgt immers pas te maken met het loket van de zorgverzekeraars als de zorgvraag medisch van aard wordt.

Een nadeel van het dienstverleningsstelsel is de beperkte schaalgrootte van een deel van de gemeenten. Dit kan worden opgelost door intergemeentelijke samenwerking.

Er zal een nieuwe scheidslijn getrokken worden tussen het dienstverleningsstelsel en het ziektekostenstelsel, waardoor nieuwe afbakeningsproblemen kunnen ontstaan. Met name op uitvoeringsniveau zal rekening moeten worden gehouden met fricties op het grensvlak van twee financieringsstelsels en bestuurlijke verantwoordelijkheden. Op rijksniveau echter, wordt dit probleem verminderd doordat VWS voor beide systemen verantwoordelijk wordt.

Doelmatigheid: De hiervoor genoemde voordelen met het oog op de effectiviteit, hebben ook positieve invloed op de doelmatigheid. Een belangrijke voorwaarde is evenwel dat in de financiële relatie tussen Rijk en gemeenten voldoende prikkels gericht op een doelmatige uitvoering worden geïncorporeerd.

Budgettaire beheersbaarheid: Evenals met het oog op de doelmatigheid, zal het stelsel de gemeenten moeten stimuleren om binnen vast te stellen randvoorwaarden omtrent kwaliteit en beschikbaarheid van

voorzieningen, zo goedkoop mogelijk te werken, binnen een te beheersen financieel kader. De gemeentelijke beleidsvrijheid moet ervoor zorgen dat de gemeenten daartoe ook in staat worden gesteld.

4.4.4 *Wonen en vervoer*

Hierna wordt nagegaan wat de voor- en nadelen zijn van de hiervoor geschetste opties met betrekking tot wonen en vervoer. Om redenen van praktische aard volgt deze bespreking een ander stramien dan in de vorige subparagrafen.

Vervoer

Met het oog op de **doelmatigheid** is het voordeel dat de afweging tussen een specifieke of een generieke voorziening in één hand komt te liggen. Hierdoor worden allerlei bestuurlijke belemmeringen weggenomen. De uitvoeringsverantwoordelijke zal steeds voor de goedkoopste (adequate) oplossing kiezen.

De **effectiviteitsvoordelen** van het samenvoegen van de verantwoordelijkheden voor het gehandicaptenvervoer en het reguliere OV op uitvoeringsniveau zijn (1) dat er meer integraliteit in het aanbod kan worden gerealiseerd en in verband daarmee één loket voor de cliënt wordt gerealiseerd, (2) de algehele toegankelijkheid van het OV zal toenemen en (3) er geen substantiële nieuwe afstemmingsproblemen ontstaan, doordat het gehandicaptenvervoer goed kan worden afgebakend.

Ook samenvoeging op rijksniveau zou voordelen met zich mee kunnen brengen. Een nadeel daarvan is echter dat sommige mensen die nu aanspraak kunnen maken op individuele voorzieningen, maar fysiek wel gebruik kunnen maken van collectief vervoer, deze rechten zullen moeten inleveren. Voorts wordt opgemerkt dat er haken en ogen zitten aan de technische uitwerking van deze optie. Het gaat immers om een kwetsbare groep waarvoor de gemeenten zorgplicht hebben op grond van de WVG. De rechten van deze groep moeten in een geïntegreerd stelsel voldoende gewaarborgd zijn. Met het oog op deze overwegingen, zal in hoofdstuk 5 een gefaseerde aanpak worden uitgewerkt, waarbij geen precies einddoel en geen einddatum zullen worden geformuleerd.

Wonen

Integratie van de verantwoordelijkheid voor de woningaanpassingen in het woonbeleid op rijksniveau zal er meer dan nu toe kunnen leiden dat een integrale beleidsafweging gemaakt wordt ten aanzien van het gehandicaptenbeleid – en in het bijzonder de woningaanpassingen – in relatie tot het woon- en bouwbeleid in het algemeen. Op uitvoeringsniveau zal evenwel niet veel veranderen, omdat het voor de hand ligt dat de gemeenten in deze optie voor de woningaanpassingen verantwoordelijk blijven.

Aan de andere kant echter zou in deze optie op rijksniveau de band met andere ouderen- en gehandicaptenvoorzieningen worden doorgesneden, waardoor mogelijk synergievoordelen verdwijnen. Het gaat in het bijzonder om de relatie tussen woningaanpassingen en de hulpmiddelen en thuiszorg. Meer en betere woningaanpassingen kunnen er immers toe leiden dat er minder hulpmiddelen en/of thuiszorg nodig is (en *vice versa*).

Zoals hiervoor al is aangegeven, maakt de toegankelijkheid en aanpasbaarheid van woningen via de sociale doelstelling van VROM reeds integraal onderdeel uit van het woonbeleid. Bovendien wordt de aandacht door het kabinet verlegd naar méér kwaliteit van de woningvoorraad. Eén en ander komt naar voren in de ontwerpnota Wonen, waarin veel aandacht wordt besteed aan het thema wonen en zorg (zie ook paragraaf 5.2). Het voordeel van deze beleidsoptie is per saldo dus beperkt.

4.5 Conclusies

Op basis van de hiervoor gemaakt analyse kan worden geconcludeerd dat het dienstverleningsstelsel het beste voldoet aan de gestelde criteria. De huidige afstemmingsproblematiek zoals beschreven in hoofdstuk 3, zal verminderen, het aantal loketten voor cliënten zal verkleinen en door de welzijnsge-relateerde zorgvoorzieningen onder te brengen bij de gemeenten, zal goed ingespeeld kunnen worden op trends zoals de toename van het zelfstandig wonen, een grotere behoefte aan maatschappelijke participatie en de normalisering van bepaalde voorzieningen als onderdeel van de totale levenscyclus. Daarnaast is uit de voorgaande analyse gebleken dat het samenvoegen van de uitvoeringsverantwoordelijkheid van het WVG-vervoer en het regulier OV, via de mogelijkheid om een integrale afweging te maken tussen generiek en specifiek vervoer, zal leiden tot doelmatigheids- en effectiviteitswinst. Eén en ander zal nader worden uitgewerkt in hoofdstuk 5.

5. Uitwerking beleidsvariant

5.1 Inleiding

In hoofdstuk 4 is door de werkgroep een aantal beleidsopties onderzocht en beoordeeld. Binnen het huidige stelsel worden al verbeteringen aangebracht, maar het dienstverleningsstelsel voldoet, zoals gesteld, het beste aan de gehanteerde criteria.

Eerst zal in paragraaf 5.2 nog worden ingegaan op het huidige stelsel, waarbij niet zozeer nieuwe verbeteringen worden gepresenteerd, maar meer wordt aangegeven welke beleidsaanpassingen reeds zijn doorgevoerd. Paragraaf 5.3 gaat vervolgens in op het dienstverleningsstelsel. In paragraaf 5.4 wordt gekeken op welke wijze betere afstemming kan plaatsvinden tussen het gehandicaptenvervoer en het openbaar vervoer en hoe kan worden toegewerkt naar integratie van verantwoordelijkheden. Paragraaf 5.5 beschrijft de mogelijkheden om tot verbeteringen te komen op het terrein van wonen. Paragraaf 5.6 gaat tenslotte in op enkele financiële aspecten van de besproken beleidsvarianten.

5.2 Het huidige stelsel

Een deel van de rond de WVG gesignaleerde knelpunten zal op korte termijn wellicht kunnen worden opgelost door beleidswijzigingen en stimuleringsprogramma's die door de betrokken ministeries in gang zijn gezet. Een aantal voorbeelden:

De modernisering van de AWBZ en de in dat kader gebundelde trajecten richten zich op het realiseren van vraagsturing, invoering van een integrale objectieve en onafhankelijke indicatiestelling voor het gehele AWBZ-terrein, terugdringen van de wachtlijsten en een adequater zorgtoewijzingsbeleid. Daarbij wordt afstemming nagestreefd met de uitvoeringsinstanties op de aansluitende terreinen als wonen, welzijn en andere terreinen van maatschappelijke dienstverlening. Een toenemend aantal gemeenten laat de gehele indicatiestelling voor WVG-voorzieningen uitvoeren door de Regionale indicatieorganen.

Er bestaan onduidelijkheden over de tegemoetkoming voor hulpmiddelen. Een oplossing moet worden bereikt door een voor de cliënt meer herkenbareerschikking van het pakket zodat rond samenhangende problemen een integrale en doelmatige afweging kan worden gemaakt. In het Actieplan kostenbeheersing hulpmiddelen is een functionele indeling gemaakt van hulpmiddelen. De welzijnsgerelateerde hulpmiddelen en hulpmiddelen ter bevordering van de maatschappelijke participatie vallen buiten de gezondheidszorg. Deze grote groep hulpmiddelen heeft vooral betrekking op mobiliteit, woninginrichting en communicatie. Hiermee kan een eerste aanzet worden gegeven tot een andere afbakening en verantwoordelijkheidsverdeling.

In de zomer van 2000 zullen experimenten met drie zorgverzekeraars starten, met als doel een doelmatiger zittend ziekenvervoer. Hierbij zal gebruik worden gemaakt van het model 'Doelmatig zittend ziekenvervoer'. Daar waar mogelijkheden bestaan om het zittend ziekenvervoer in samenhang met het lokale (WVG-)vervoer anders te organiseren, bijvoorbeeld door het bundelen van krachten en/of het combineren van ritten zal hier gebruik van worden gemaakt. Na evaluatie van het driejarige experiment zal beoordeeld worden in hoeverre een landelijke aanpak mogelijk is.

Voor ADL-clusters (aangepaste woningen voor mensen met lichamelijke beperkingen) bestaat een aparte subsidieregeling. Afbakening met de WVG is bereikt door in die regeling een limitatieve opsomming te geven van mogelijke gefinancierde aanpassingen. Knelpunten ontstaan op het vlak van afstemming tussen verschillende verantwoordelijken voor de uitvoering en voorlichting, niet rond de regelgeving zelf. Een betere afstemming en samenwerking tussen zorginstellingen, zorgkantoor en gemeenten moet daar een oplossing bieden. Bij nieuw te bouwen woningen die bedoeld zijn voor ouderen of gehandicapten kunnen gemeente al in de vergunningenfase overleg voeren met projectontwikkelaars of zorginstellingen over beoogde aanpassingen.

Voor de problematiek van de tweede rolstoel voor mensen die in een AWBZ-instelling verblijven en binnenkort ook de verzorgingshuizen, heeft VWS reeds een voorlopige oplossing gevonden binnen het kader van de AWBZ-aanspraken. Een ontwerpregeling is op dit moment bij het ministerie van VWS in voorbereiding.

Ook kunnen een aantal maatregelen worden genoemd op het terrein van wonen, die zijn geformuleerd in de ontwerpnota Wonen. Het gaat om het stimuleren van de samenwerking tussen lokale overheid, gedecentraliseerde rijksdiensten, zorginstanties en woningcorporaties in het kader van Overheidsloket 2000, gericht op geïntegreerde dienstverlening aan de klant; het rijksbeleidskader dat VROM voortaan eens per vijf jaar zal uitbrengen, waarin wordt aangegeven op welke onderwerpen van het wonen toetsbare prestaties worden verwacht (zoals bijvoorbeeld levensloopbestendig bouwen, realiseren van woonzorgcomplexen, toepassing van technologische ontwikkelingen in de woning (domotica)); de tijdelijke woonzorg stimuleringsregeling (duur 3 jaar), die is gericht op woon-arrangementen die thans (nog) niet van de grond komen en toevoeging van een 6^e prestatieveld wonen-zorg aan het BBSH.

De werkgroep is tot de conclusie gekomen, dat niet kan worden volstaan met dergelijke korte termijn oplossingen. Dit heeft te maken met de huidige afbakening van verantwoordelijkheden. Voorts is van belang dat de voorziene gevolgen van een aantal belangrijke maatschappelijke en demografische ontwikkelingen, in een breder verband dan de WVG, een heroriëntatie noodzakelijk maken op het zorg- en welzijnsbeleid.

5.3 Dienstverleningsstelsel

5.3.1 Inleiding

Het dienstverleningsstelsel zal in de volgende (sub)paragrafen op verschillende onderdelen nader worden uitgewerkt. Eerst zal worden stilgestaan bij de doelstelling en de uitgangspunten van het stelsel.

Vervolgens zal gekeken worden naar de pakketinhoud. Daarna wordt ingegaan op respectievelijk de gemeentelijke zorgplicht, de eigen bijdragen en persoonsgebonden en persoonsvolgende budgetten. Tot slot komen de financieringssystematiek, de kwaliteitswaarborgen en de indicatiestelling aan bod.

5.3.2 Doelstelling en uitgangspunten

De doelstelling van het dienstverleningsstelsel kan zijn: het bevorderen en ondersteunen van het zelfstandig wonen en de maatschappelijke participatie van mensen met beperkingen.

Deze doelstelling is in lijn met de doelstelling van de WVG en de uitgangspunten van de WVG kunnen ook worden toegepast op de uitwerking van het dienstverleningsstelsel. De WVG kan in die zin gezien worden als een eerste stap op weg naar een dienstverleningsstelsel. De volgende uitgangspunten zijn terzake relevant.

- Zolang het zogenaamde omslagpunt (zie paragraaf 5.3.9) niet is bereikt, dienen ouderen en gehandicapten zoveel mogelijk zelfstandig te kunnen blijven wonen: Dit is in lijn met de hiervoor genoemde doelstelling. Het zelfstandig wonen kan worden bevorderd door in de thuissituatie een dusdanig voorzieningenpakket aan te bieden zodat het wonen in een intramurale instelling voor veel mensen niet meer nodig is c.q. zo lang mogelijk wordt uitgesteld.
- Zoveel mogelijk moet een integrale benadering gevonden worden, zodat de cliënt zich zo mogelijk slechts bij één loket hoeft te voegen: Met het dienstverleningsstelsel wordt een volledig integrale benadering gerealiseerd voor de welzijnsgerichte voorzieningen die daarin zijn ondergebracht. Een integrale benadering met de medische zorgvoorzieningen zal moeten worden gerealiseerd bij de indicatiestelling. Door uitbreiding van de gemeentelijke taken, hebben met name ouderen die zelfstandig wonen voor langere tijd te maken met één - het gemeentelijke - loket.
- Overlappingsen en het opeenvolgend of gelijktijdig verstrekken van gelijksoortige voorzieningen krachtens verschillende (wettelijke) regelingen moet worden voorkomen: Er wordt een scherpe en logische afbakening gerealiseerd tussen enerzijds de welzijnsgerichte voorzieningen in het dienstverleningsstelsel en anderzijds de medisch gerelateerde voorzieningen in het zorgstelsel.
- Zeggenschap over toekenning van subsidie en voorzieningen dient samen te gaan met budgetverantwoordelijkheid: Hiermee dient bij de uitwerking van het stelsel rekening te worden gehouden (zie paragraaf 5.3.7).
- Een uitgangspunt dat niet geldt voor de WVG, maar wel voor het dienstverleningsstelsel is dat een flexibel stelsel wordt gerealiseerd, waardoor te allen tijde sprake is van een optimale pakketverdeling tussen dienstverlening en zorg. Dit wordt gerealiseerd door het uiteenrafelen van een groot deel van de huidige intramurale "all-in" arrangementen in een veel meer gedifferentieerd aanbod van afzonderlijke

woon- en zorgfuncties, primair gericht op mensen die zelfstandig wonen. Door één Minister, namelijk de Minister van VWS, verantwoordelijk te maken voor de totaliteit is een optimale pakketverdeling het beste gewaarborgd.

5.3.3 Pakketinhoud

Het dienstverleningsstelsel betreft een uitbreiding van de WVG met verschillende voorzieningen uit met name de AWBZ, Zfw en lokale voorzieningen, zoals welzijn. Er kan gekozen worden voor een gefaseerde invoering, te starten met het samenvoegen van gemeentelijke welzijnstaken met de WVG. Daarna kunnen worden overgeheveld de welzijnsgerichte hulpmiddelen uit de ziekenfondswet, delen uit de thuiszorg, de uitleen van hulpmiddelen en zaken als dagbehandeling en arbeidstherapie. De volgende voorzieningen kunnen volgens de werkgroep deel uitmaken van het dienstverleningsstelsel.

a. Huidige WVG-voorzieningen

De woningaanpassingen en rolstoelen die thans in de WVG zijn ondergebracht. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van het gehandicaptenvervoer blijft in afwachting van de uitkomsten van het onderzoek zoals aanbevolen in paragraaf 5.4, voorlopig bij de gemeenten.

b. Welzijnswet

Hoewel niet sprake is van afbakeningsproblemen tussen de Welzijnswet en de WVG, kunnen er wel voordelen gerealiseerd worden door onderdelen uit de Welzijnswet over te hevelen naar het dienstverleningsstelsel. Op het welzijnsterrein heeft een deel van de voorzieningen raakvlakken met de WVG en de AWBZ-zorg. Het gaat in het bijzonder om de verantwoordelijkheid van gemeenten voor het welzijnsbeleid voor ouderen en gehandicapten op grond van de Welzijnswet. Deze taak wordt door gemeenten verschillend ingevuld, maar gedacht kan worden aan 'tafeltje-dekje', alarmeringssystemen, klussendienst en dergelijke. Welzijnsvoorzieningen kunnen deels worden beschouwd als voorzieningen gericht op maatschappelijke participatie en op het bevorderen van zelfstandig wonen.

c. Welzijnsgerelateerde hulpmiddelen

De welzijnsgerelateerde hulpmiddelen in de Regeling hulpmiddelen van de Ziekenfondswet. Hierbij wordt aangesloten bij de uitkomsten van het onderzoek van de werkgroep hulpmiddelen (VWS, Actieprogramma uitgavenbeheersing hulpmiddelen, 2000). Het gaat om hulpmiddelen gericht op communicatie en mobiliteit, inrichtingselementen en hulpmiddelen voor het omgaan met producten en goederen. (zie bijlage 7)

d. Tijdelijke uitleen hulpmiddelen thuiszorg

De tijdelijke uitleen van thuiszorg-hulpmiddelen in de AWBZ. De reden om deze voorziening over te hevelen naar het dienstverleningsstelsel is vooral praktisch van aard. Thans zijn er vier loketten voor hulpmiddelen (tijdelijke uitleen, regeling hulpmiddelen Zfw, WVG en intramuraal AWBZ). Dit leidt tot allerlei

afstemmingsproblemen en omdat het om relatief eenvoudige voorzieningen gaat, kunnen de gemeenten die prima in haar taak als serviceverlener aan de burger meenemen.

De uitleen van hulpmiddelen hangt echter nauw samen met verpleging thuis. Overheveling naar de gemeenten wordt pas echt opportuun als ook zorg onderdelen van de thuiszorg overgeheveld worden. Het kan echter voor bepaalde hulpmiddelen wel doelmatiger zijn om deze over te hevelen om de afstemming met andere voorzieningen te bevorderen en het aantal loketten te verminderen. Hierbij kan eenzelfde indeling gehanteerd worden als in het Actieprogramma kostenbeheersing hulpmiddelen waarbij er een onderscheid is gemaakt tussen Welzijnsgerelateerde hulpmiddelen en hulpmiddelen samenhangend met medische zorg en verpleging en verzorging.

e. Onderdelen thuiszorg

Onderdelen uit de thuiszorg in de AWBZ. Het gaat hier niet om de lichaamsgebonden en medische verzorging, maar om zaken als huishoudelijke hulp, psychosociale begeleiding en hulp bij eten en drinken. Hier ligt ook een relatie met de stelseldiscussie. Opgemerkt wordt dat de overheveling van thuiszorgonderdelen naar het dienstverleningsstelsel mede van belang is vanwege de relatie met woningaanpassingen en hulpmiddelen. Onderzoek toont aan dat mensen minder snel gebruik hoeven te maken van thuiszorg bij goede woningaanpassingen en hulpmiddelen (Rapportage ouderen 1996, op.cit., pp.152-154).

f. Sociaal Pedagogische diensten

In aansluiting op de overheveling van onderdelen van de thuiszorg zou onderzocht kunnen worden of bepaalde taken van de Sociaal Pedagogische diensten ondergebracht kunnen worden in het dienstverleningsstelsel. Het gaat om die functies van de SPD die nauwe raakvlakken hebben met het gemeentelijk welzijns- en maatschappelijk werk en de thuiszorg: informatie en adviesfuncties, de consulentschappen (maatschappelijk werk en begeleiding) en de praktische thuishulp.

g. Dagbesteding

Een ander raakvlak tussen het gemeentelijke beleid en de zorg is de dagbesteding die valt onder de AWBZ en het gemeentelijke welzijns- en arbeidsmarktbeleid, zoals sociale activering, sociale werkvoorziening en de instroom/doorstroom-banen (voorheen Melkertbanen). Onderzocht kan worden op welke wijze vormen van dagbesteding in de zorg samenhangen met het gemeentelijke beleid terzake en of, en zo ja op welke wijze, dergelijke aanspraken kunnen worden overgeheveld naar een dienstverleningsstelsel.

h. Zittend ziekenvervoer

Er zouden extra doelmatigheidswinsten gerealiseerd kunnen worden als het zittend ziekenvervoer wordt samengevoegd met het WVG-vervoer. In dat geval zouden de middelen terzake worden overgeheveld van

de zorgverzekeraars naar de gemeenten. Of en zo ja in hoeverre overheveling mogelijk en/of wenselijk is dient nader te worden uitgezocht.

5.3.4 Gemeentelijke zorgplicht

De dienstverleningswet zal in medebewind tussen Rijk en gemeenten worden uitgevoerd. Het Rijk draagt daarbij de systeemverantwoordelijkheid. De verantwoordelijkheid voor de beschikbaarheid en betaalbaarheid van welzijnsgerichte hulpmiddelen, woonvoorzieningen, thuiszorgvoorzieningen en dergelijke, ligt bij de gemeenten. De verantwoording daarover wordt afgelegd bij de gemeenteraad.

Uitgangspunt is dat, evenals in de WVG, de voorzieningen in principe niet nader in de wet worden omschreven. Dat zou niet passen in de verhouding tussen Rijk en gemeenten en zou gemeenten te weinig ruimte bieden om hun financiële verantwoordelijkheid waar te kunnen maken. Ook kunnen de gemeenten de voorziening op deze wijze optimaal afstemmen op de lokale en persoonlijke situatie, zoals de inkomenspositie van cliënten, de woonomgeving en dergelijke. Voorwaarde is evenwel dat de meest goedkope adequate voorzieningen worden aangeboden.

Desondanks zullen de zekerheden van cliënten voldoende moeten worden gegarandeerd. Dit mede met het oog op de doelstelling van het dienstverleningsstelsel om als volwaardig alternatief te dienen voor mensen die thans in een intramurale instelling verblijven, of als aanvulling op de geflexibiliseerde AWBZ-zorg die in de thuissituatie geleverd wordt. Daartoe zal er sprake zijn van zorgplicht voor de gemeenten. Het uitgangspunt daarbij is het doel van de voorzieningen: het opheffen of verminderen van beperkingen van ouderen en gehandicapten met het oog op zelfstandig kunnen wonen en maatschappelijke participatie. De zorgplicht houdt dus in dat de gemeenten toereikende hulp moeten bieden in verband met deze beperkingen, terwijl er niet bij voorbaat individuele aanspraken bestaan op bepaalde door de aanvrager gewenste voorzieningen.

Daarnaast zal voor bepaalde voorzieningen vanwege de rijksoverheid bepaald kunnen worden dat een globale zorgplichtomschrijving niet voldoet omdat er zekere waarborgen voor cliënten moeten zijn en omdat garanties nodig zijn om de doelstelling van de wet te realiseren.

Op grond van de WVG moeten de gemeenten thans een verordening opstellen, waarin tot uitdrukking komt de wijze waarop zij invulling geven aan hun zorgplicht. Om te komen tot onderlinge afstemming en harmonisatie van gemeentelijk beleid, heeft de VNG een modelverordening opgesteld. Veel gemeenten hanteren dit model als uitgangspunt bij het opstellen van de eigen verordening. Deze regelt in welke gevallen, tegen welke voorwaarden, welke voorzieningen worden aangeboden. Daarin zijn ook zaken opgenomen ten aanzien van eventuele financiële tegemoetkomingen, forfaitaire bedragen en de eigen bijdragen. Ook in een dienstverleningswet zou de verplichting voor gemeenten om verordeningen op te stellen kunnen worden opgenomen.

5.3.5 Eigen bijdragen

Met het oog op de noodzaak tot kostenbeheersing en de eventuele wens om het gebruik van voorzieningen te beïnvloeden, is het belangrijk dat gemeenten in de mogelijkheid zijn om de eigen verantwoordelijkheid van gebruikers te versterken middels het heffen van eigen bijdragen. Hoewel de gemeentelijke beleidsvrijheid een belangrijk element vormt, ligt het in een dienstverleningsstelsel echter om verschillende redenen – zoals de cumulatie van eigen bijdragen op huishoudensniveau – voor de hand dat de eigen betalingen tot op zekere hoogte worden begrensd. In de WVG is de mogelijkheid om eigen bijdragen te heffen ook beperkt. Voorts zullen de eigen bijdragen geharmoniseerd moeten worden met de eigen bijdragen op andere terreinen.

5.3.6 Persoonsgebonden en persoonsvolgende budgetten

De werkgroep heeft zich ook gebogen over de vraag of het dienstverleningsstelsel aan cliënten concrete voorzieningen zou moeten aanbieden of dat toekenning van een (persoonsgebonden) budget of een voucher in de rede zou liggen. Mede in het kader van de modernisering van de AWBZ vinden in de zorgsector ontwikkelingen plaats in de richting van meer vraagsturing door de cliënt. De instrumenten persoonsgebonden en persoonsvolgende budgetten worden uitgebouwd. Ook in het woonbeleid wordt dit uitgangspunt gehanteerd, zoals in de onlangs gepresenteerde Nota Wonen is weergegeven. Aan dit alles ligt het principe van de keuzevrijheid van de burger ten grondslag. Op het individuele niveau van de cliënt ontstaat daardoor de mogelijkheid om zelf naar eigen inzicht en behoefte voorzieningen en hulpbronnen vanuit verschillende domeinen met elkaar te verbinden.

De vraag kan worden gesteld of gemeenten in het kader van het dienstverleningsstelsel vrij moeten zijn om dergelijke budgetten te verstrekken of dat zij daartoe wettelijk verplicht moeten worden als de cliënt daarom vraagt. Persoonsgebonden en persoonsvolgende budgetten kunnen aantrekkelijk zijn in een dienstverleningsstelsel. Deze budgetten kunnen met name meerwaarde hebben om vorm te geven aan de doelstelling van het dienstverleningsstelsel, namelijk het (langer) zelfstandig wonen van ouderen en gehandicapten. Het gemeentelijk dienstverleningsstelsel zal namelijk goed moeten aansluiten op het zorg- en op het woonbeleid. Dat zal echter mede afhankelijk zijn van lokale en persoonlijke omstandigheden en of de totale gemeentelijke uitgaven bij het gebruik daarvan nog wel passen binnen het beschikbaar gestelde budget. Om het optimale gebruik van deze instrumenten te bevorderen, zal het kabinet met de VNG tot overeenstemming moeten komen om daarmee rekening te houden in de modelverordening (zie ook paragraaf 5.3.4). Dit laat onverlet dat individuele gemeenten in de gelegenheid moeten zijn om zelf een afweging te maken over de vraag of en zo ja op welke wijze deze instrumenten zouden moeten worden ingezet. Deze afweging maakt in het kader van het dienstverleningsstelsel onderdeel uit van de gemeentelijke beleidsvrijheid.

5.3.7 Financieringssystematiek

Wat betreft de financieringssystematiek van het dienstverleningsstelsel dienen er tenminste twee vragen gesteld te worden. Ten eerste gaat het om de vraag of de middelen aan de gemeenten beschikbaar worden gesteld via een brede doeluitkering of via het gemeentefonds. Ten tweede gaat het om de vraag op welke wijze de middelen over de gemeenten worden verdeeld.

Gemeentefonds of brede doeluitkering?

De principiële afweging tussen het gemeentefonds en een brede doeluitkering gaat om de vraag of er wel of niet voorwaarden verbonden worden aan de besteding van de middelen⁶.

In het geval van een brede doeluitkering komen de middelen op de begroting van het beleidsverantwoordelijke departement te staan. De middelen worden voor een specifiek doel aan de gemeenten ter beschikking gesteld en moeten verplicht daaraan worden besteed. Bij financiering via het gemeentefonds zijn de middelen vrij besteedbaar, terwijl de aan de gemeenten opgedragen taken en de rechten van burgers wettelijk zijn omschreven. Daardoor is in het geval van het gemeentefonds een doelmatige en effectieve uitkomst van het beleidsproces beter gewaarborgd dan bij een brede doeluitkering.

De financieringswijze zegt in principe niets over de mate waarin sturing van rijkswege kan plaatsvinden. Zowel bij een brede doeluitkering als bij financiering via het gemeentefonds, kunnen algemene of specifieke voorwaarden worden verbonden aan de aan de gemeenten opgedragen taken, zoals ten aanzien van kwaliteit en beschikbaarheid van voorzieningen, informatieverstrekking en afstemming op andere terreinen.

Op het gemeentefonds is de zogenaamde normeringssystematiek van toepassing. Dat betekent dat bij een stijging/daling van de totale (relevante) rijksuitgaven, het gemeentefonds verhoudingsgewijs toeneemt/afneemt. Bedacht dient te worden dat het bij een dienstverleningswet gaat om een brede wet waar substantiële bedragen mee gemoeid zijn. Er zal daarom altijd gekeken worden of de omvang van het fictieve macrobudget voor de dienstverleningstaken in overeenstemming is met het totaal aan benodigde middelen om adequaat en goedkoop te kunnen voldoen aan de gemeentelijke zorgplicht. Indien nodig, moet het budget kunnen worden aangepast. Tussen Rijk en VNG zijn bestuurlijke afspraken gemaakt dat in het geval van onredelijke uitkomsten mag worden afgeweken van de normeringssystematiek. In dit verband dient aandacht te worden besteed aan het vermogen van het gemeentefonds om de in hoofdstuk 3 beschreven dynamiek van de WVG-uitgaven te volgen, zonder dat dit in ongewenste mate ten laste gaat van de overige gemeentelijke taken of de lokale lastendruk. Op deze wijze is de omvang en verdeling van het gemeentefonds jaarlijks onderwerp van bespreking tijdens de reguliere begrotingsbehandeling.

⁶ De VNG werkt thans voorstellen uit voor de instelling van een sociaal fonds, naast het gemeentefonds. De gedachtenvorming van de VNG hieromtrent is nog niet afgerond. Indien het kabinet te zijner tijd zou besluiten om deze voorstellen over te nemen, kan daar eventueel ook het financieringsvraagstuk rond het dienstverleningsstelsel bij betrokken worden.

Verdeling

Naast de vaststelling van het macrobudget (wat in totaliteit beschikbaar is voor het dienstverleningsstelsel) is het verdelingsvraagstuk aan de orde. De verdeling van de budgetten over de individuele gemeenten dient zowel in het gemeentefonds als in een brede doeluitkering, zo veel mogelijk in overeenstemming te zijn met de kostenstructuur van de betreffende gemeenten, uitgaand van een zo doelmatig en effectief mogelijke uitvoering. Daartoe dient eerst de meest gewenste verdeling te worden vastgesteld. Vervolgens moet worden nagegaan op welke wijze aan de hand van beschikbare verdelingsmaatstaven deze 'meest gewenste verdeling' kan worden benaderd.

5.3.8 Kwaliteitswaarborgen

De werkgroep verwacht dat de gemeenten goed in staat zijn om de dienstverleningswet adequaat uit te voeren. Dit is mede gebaseerd op de wijze waarop de gemeenten thans de WVG uitvoeren. Desondanks dienen er voorwaarden gecreëerd te worden, waardoor de kwaliteit voldoende gewaarborgd is. Dit is met name van belang voor de kleinere gemeenten, die onvoldoende kunnen profiteren van schaalvoordelen.

Bij de invoering van de wet is het derhalve van belang dat er een stevige landelijke veranderingsorganisatie wordt opgezet. Daarnaast dient er een benchmarksysteem te komen, waardoor de kwaliteit van de uitvoering van gemeenten voor de langere termijn goed kan worden vergeleken met andere gemeenten. Dit is zowel van belang voor de monitoring door de rijksoverheid als voor de gemeentelijke bestuurders om de kwaliteit van het eigen beleid te kunnen bepalen. Voorts dient de betrokkenheid van cliënten- en belangenorganisaties voldoende gewaarborgd te zijn. Dit laatste is vergelijkbaar met de huidige WVG, waarin de rol van de cliëntenorganisaties wettelijk is geregeld.

5.3.9 Indicatiestelling

De verantwoordelijkheid voor een objectieve, onafhankelijke en integrale indicatiestelling is in handen gelegd van de gemeenten, die daaraan veelal in een intergemeentelijk samenwerkingsverband inhoud geven door het in stand houden van Regionale indicatieorganen (Rio's). De positionering bij gemeenten is met name van belang, omdat daardoor een verband kan worden gelegd met de indicatiestelling voor een reeks van lokale voorzieningen.

De rol van de Rio's in het voorgestelde dienstverleningsstelsel zal niet wezenlijk veranderen. Van belang is, dat een objectieve en integrale indicatie wordt afgegeven. Op basis van het indicatiebesluit wordt bepaald of er een aanspraak is op de AWBZ en/of op voorzieningen die door de gemeenten worden verstrekt. Een criterium dat daarbij wordt gehanteerd is het zogenaamde omslagpunt. Dat is het punt waarbij de integrale kosten om zelfstandig te kunnen blijven wonen hoger worden dan de kosten voor een intramurale opname.

Het Rijk bepaalt in welke situaties de Regionale indicatieorganen tenminste bij de indicatiestelling moeten

worden betrokken en stelt voorwaarden aan de te hanteren protocollen. Voor eenvoudige hulpvragen is geen indicatiestelling via het Rio vereist. Gemeenten kunnen voor dergelijke voorzieningen zelf bepalen op grond van welke criteria cliënten hiervoor in aanmerking komen (tafeltje dekje, sociale alarmering, klussenhulp etc).

Om te voorkomen dat het Rio een bureaucratische monopolist in de regio wordt, moeten gemeenten ook voldoende kunnen sturen op de wijze waarop het Rio haar taken in organisatorische zin uitvoert. Met name gaat het dan om aspecten van doelmatigheid en klantvriendelijkheid. In dit verband is het van belang dat naast genoemde schaalvergroting er in voldoende mate sprake kan zijn van laagdrempeligheid. Tevens zullen de gemeenten zelf moeten kunnen bepalen door welke organisatie zij de regionale indicatie laten uitvoeren⁷.

5.4 Vervoer

Op basis van de in paragraaf 4.2.4 beschreven beleidsoptie is het wenselijk om na te gaan in hoeverre op uitvoeringsniveau en/of rijksniveau, integratie tot stand gebracht kan worden van het gehandicaptenvervoer en het regulier OV. De vraag is evenwel hoe dat zal moeten worden vormgegeven. Een aantal zaken behoeven nader onderzoek. Het gaat derhalve om een oplossing voor de langere termijn.

De zaken die onderzocht moeten worden zijn (1) hoe onderscheid kan worden gemaakt tussen mensen die wel en mensen die niet collectief vervoerd kunnen worden en (2) hoe wordt omgesprongen met de zorgplicht als het gehandicaptenvervoer wordt ondergebracht bij de reguliere OV-verantwoordelijken. Immers, zij hebben in tegenstelling tot de gemeenten geen individuele zorgplicht.

In afwachting van de uitkomsten van een dergelijk onderzoek, kunnen op de korte termijn al wel verbeteringen worden aangebracht. De huidige verdeling van verantwoordelijkheden en geldstromen blijft voorlopig in stand, maar het maken van een integrale afweging op uitvoeringsniveau ten aanzien van specifiek/generiek kan worden bevorderd. De verschillende partijen zullen daartoe meer moeten gaan samenwerken. Zij hebben daar vanuit doelmatigheidsperspectief in principe ook belang bij. Daarom moet er een institutioneel kader komen, waarbinnen gemeenten en provincies worden verplicht om samen te werken met het oog op het realiseren van collectieve vervoersarrangementen en in het bijzonder Collectief Vraagafhankelijk Vervoer. Ook zal het bovenregionaal gehandicaptenvervoer daarbij betrokken worden. Het uitgangspunt daarbij is dat er collectief vervoer wordt georganiseerd, tenzij dit om doelmatigheids- of effectiviteitsoverwegingen niet verstandig is.

⁷ Voorbeelden van organisaties die de regionale indicatie zouden kunnen uitvoeren zijn de gemeenten zelf, de GGD en ZVN-advies.

5.5 Wonen

5.5.1 Scheiden Wonen en Zorg

Er is een ontwikkeling gaande waarbij de functies wonen en zorg steeds meer van elkaar gescheiden worden aangeboden. Dat is een goede ontwikkeling die moet worden voortgezet en ondersteund. Op deze wijze kan beter worden aangesloten bij de wensen en behoeften van de gebruiker. Dit is conform het kabinetsstandpunt van 11 februari 1998 inzake het scheiden van wonen en zorg, waarin onder andere is gesteld dat het van belang is de maatschappelijke wens te honoreren om zo lang mogelijk in alle facetten van het leven de zelfstandigheid en zelfredzaamheid van mensen te handhaven. In dit verband verdwijnt het wonen uit de AWBZ, voorzover de woonfunctie niet intrinsiek met de geleverde zorg samenhangt en voor zover dat op basis van een integrale budgettaire afweging verantwoord is.

5.5.2 Woningaanpassingen bij nieuwbouw

Het probleem bij nieuw- en verbouw van woningen is dat gemeenten vaak pas na afronding van de bouw worden benaderd met het verzoek om individuele woningaanpassingen. Hierdoor worden aanpassingen in veel gevallen onnodig duur en ontbreekt een integrale benadering bij en voorafgaand aan de bouw met het oog op de (collectieve) toegankelijkheid. Dit knelpunt kan op verschillende manieren worden opgelost. Het past in het kader van het dienstverleningsstelsel dat de gemeenten een regierol krijgen op het terrein van de ondersteuning van thuiswonende ouderen en gehandicapten. In dat kader zouden met marktpartijen zoals zorgverzekeraars, corporaties en projectontwikkelaars afspraken gemaakt kunnen worden over aan te bieden zorgarrangementen. Het ligt voor de hand dat de gemeenten met het oog op deze rol sturingsinstrumenten in handen krijgen. Het eerdergenoemde 6^e prestatieveld in het BBSH geeft bijvoorbeeld al de mogelijkheid om corporaties voortaan aan te spreken op hun verantwoordelijkheden voor ouderen en gehandicapten. Op die wijze zullen gemeenten reeds in de planfase bij dergelijke projecten worden betrokken en wordt het risico van afwenteling (op de gemeenten) verkleind. Daarnaast kan worden nagedacht over de mogelijkheid om onnodige afwenteling middels dwang te voorkomen. Nagegaan moet worden of de eerste bewoner of de bouwer, direct na het betrekken van de woning, aansprakelijk gesteld kan worden voor de (meer)kosten van een geïndiceerde woningaanpassing.

5.5.3 Stimulering hergebruik woningaanpassingen

In de knelpuntenanalyse is het probleem gesignaleerd dat de aanpassingen in woningen vaak worden afgeschreven, terwijl ze nog goed bruikbaar zijn. Hierdoor maakt de overheid onnodig hoge kosten. Door het nemen van een aantal met elkaar samenhangende maatregelen zou dit probleem kunnen worden verkleind. In de eerste plaats moet hergebruik worden gestimuleerd door de gebruiker een financieel belang te geven om bij het verlaten van een aangepaste woning, deze door te verkopen of door te verhuren aan iemand anders met een indicatie voor een woningaanpassing. Dit belang kan worden bereikt door de introductie van voldoende hoge eigen bijdragen en/of middels een statiegeldsystematiek. Belangrijk is dat daarbij sprake is van een transparante markt van aangepaste woningen. Dit kan worden bereikt door toenemend gebruik van consumentenlabels, zoals bijvoorbeeld het reeds enkele jaren

bestaande seniorenlabel, dat inmiddels - tezamen met enkele andere woonkeurmerken - is opgegaan in het certificaat Woonkeur voor nieuwbouwwoningen. De toepassing ervan is echter nog beperkt. Dit zou verder van overheidswege kunnen worden ondersteund.

Voorts is het van belang dat er een medium is waar vraag en aanbod van aangepaste woningen samenkomen. Hier zou gebruik gemaakt kunnen worden van nieuwe ICT-toepassingen, vergelijkbaar met de internetsite waarop het Woninginstituut de mogelijkheid geeft om woningen te koop aan te bieden. Ook een dergelijke ontwikkeling zou door de gemeenten gestimuleerd kunnen worden.

5.6 Financiële aspecten

Hierna worden enkele financiële aspecten aangegeven van de hiervoor beschreven beleidsvariant. Het gaat om de welzijnsgerelateerde hulpmiddelen in de Zfw, onderdelen van de thuiszorg en vervoer.

5.6.1 Hulpmiddelen

Voorgesteld wordt om vanuit de regeling hulpmiddelen Zfw een aantal voorzieningen over te hevelen naar het dienstverleningsstelsel. Het gaat om de categorieën inrichtingselementen, mobiliteitshulpmiddelen, hulpmiddelen voor communicatie en hulpmiddelen voor het omgaan met producten en goederen. De uitgaven in 1998 voor de eerste drie genoemde categorieën zijn opgenomen in de tabel. De uitgaven aan hulpmiddelen voor het omgaan met producten en goederen zijn niet specifiek bekend. In de cijfers is geen rekening gehouden met de uitvoeringskosten terzake.

Verwacht kan worden dat de overheveling van de hulpmiddelen naar de gemeenten leidt tot doelmatigheidswinst, evenals dat destijds het geval was bij de overheveling van de rolstoelen uit de AAW naar de (toen nieuwe) WVG.

Tabel 5.1: Uitgaven onderdelen regeling hulpmiddelen Zfw 1999

mln	1999
Inrichtingselementen	86.5
Mobiliteitshulpmiddelen	26.9
Hulpmiddelen voor communicatie	26.0

Bron: CVZ Monitor hulpmiddelen, 25 mei 2000

5.6.2 Onderdelen thuiszorg

Bij de thuiszorg gaat het om de overheveling naar het dienstverleningsstelsel van de meer eenvoudige taken gericht op huishoudelijke hulp, psychosociale begeleiding, lichamelijke verzorging en dergelijke. Het gaat dan in ieder geval om de Alpha hulpverlening, de huishoudelijke verzorging en eventueel de thuiszorg gericht op algemene dagelijkse levensverrichtingen. De totale uitgaven daarvan bedragen 2184 mln in 1999 (zie tabel Tabel 5.2). Voor de financiering van de huidige thuiszorg-uitgaven gaat circa 3,2 mld via de AWBZ en 0,2 mld via eigen bijdragen.

Tabel 5.2: Uitgaven onderdelen thuiszorg

mln	1999
Alpha hulpverlening	241
Huishoudelijke verzorging	1187
Verzorging	271
Algemene dagelijkse levensverrichtingen	756
Verpleging	318
Gespecialiseerde verzorging en verpleging	87
Overig	601
Totale uitgaven	3458

Bron: Zorgnota 2000

5.6.3 Vervoer

De uitgaven die door de gemeenten ten behoeve van individuele en collectieve vervoersvoorzieningen worden gedaan op grond van de WVG zijn opgenomen in de onderstaande tabel. Verwacht kan worden dat door meer samenwerking tussen de gemeenten en de provincies om collectieve en vraagafhankelijke vervoersvoorzieningen te realiseren, doelmatigheidswinsten zullen worden gerealiseerd. Dit geldt zowel voor de kant van de gemeenten als voor de kant van de provincies. Dit kan mede worden afgeleid uit het feit dat de gemeenten met collectief vervoer gemiddeld goedkoper uit zijn dan gemeenten met individuele voorzieningen (SZW, 1997, Een verstrekende wet II).

Tabel 5.3: Uitgaven vervoersvoorzieningen op grond van de WVG

mln	1998
Individuele voorzieningen (vnl geldsomverstrekkingen)	430
Collectieve voorzieningen (waaronder CVV)	209
Totaal	639

Bron: kerncijfers WVG 1998

De bedragen in de tabel geven een indicatie van de middelen die van de kant van de gemeenten voor CVV kunnen worden ingezet. Het gaat om een belangrijk deel van de (individuele) geldsomverstrekkingen en een deel van de collectieve vervoersvoorzieningen. Opgemerkt wordt dat de doelgroep niet volledig in staat zal zijn om van collectief vervoer gebruik te maken. Voor deze groep zullen er altijd individuele voorzieningen beschikbaar moeten zijn. Deskundigen schatten dat het gaat om 5% tot 10% van het totaal aantal van 400 duizend mensen met een WVG-vervoersindicatie.

Tot slot wordt opgemerkt dat bij de samenwerking tussen de gemeenten en provincies ook het bovenregionaal gehandicaptenvervoer kan worden betrokken. Bij het bovenregionaal vervoer gaat het om een jaarlijks budget van 57 mln.

Doelgroepenvervoer

Als nader uit te werken optie is de opname van het zittend ziekenvervoer in het dienstverleningsstelsel gesuggereerd. De jaarlijkse uitgaven aan het ZZV bedragen ca. 300 mln. De dekking gaat voor ongeveer 200 mln via het Ziekenfonds, 60 mln via de particuliere verzekeraars en 40 mln via eigen bijdragen (Zorgnota 2000).

6. Conclusies en aanbevelingen

6.1 Conclusies

6.1.1 Probleemanalyse

De werkgroep heeft een probleemanalyse uitgevoerd naar de WVG in relatie tot de daarmee samenhangende regelingen op de terreinen zorg, vervoer en wonen. Tevens zijn de knelpunten in de huidige afbakening van verantwoordelijkheden onderzocht, met het oog op relevante maatschappelijke ontwikkelingen.

Zorg

Er is sprake van afstemmingsproblemen tussen de regelingen WVG, de AWBZ en de Regeling hulpmiddelen op basis van de Ziekenfondswet. Het gaat om de voorzieningen hulpmiddelen, woningaanpassingen en thuiszorg, mede in hun onderlinge samenhang. Het knelpunt ontstaat doordat via verschillende regelingen dezelfde type voorzieningen, substituten, complementaire voorzieningen en van elkaar verschillende voorzieningen die gericht zijn op eenzelfde ziekte of handicap, worden verstrekt. Eén en ander leidt tot doelmatigheids- en effectiviteitsverlies in de beleidsvoorbereiding en de uitvoering en tot ongemakken voor de cliënt.

Vervoer

De verantwoordelijkheden voor het gehandicaptenvervoer en het reguliere OV zijn gescheiden van elkaar vormgegeven. Hierdoor wordt de ontwikkeling van de toegankelijkheid van het reguliere OV belemmerd en worden relatief dure specifieke voorzieningen in stand gehouden.

Voor het zittend ziekenvervoer geldt een eigen bijdrage, terwijl er meestal geen in rekening wordt gebracht voor het WVG-vervoer. Daardoor maken mensen in veel gevallen gebruik van WVG-vervoer, terwijl dat zittend ziekenvervoer had moeten zijn. Het gevolg is dat de lasten voor rekening komen van de gemeenten, terwijl de ziekenfondsen beschikken over de betreffende budgetten.

Wonen

Omdat er sprake is van een gemeentelijke zorgplicht, komt het voor dat de kosten voor woningaanpassingen door woningbouwers worden afgewenteld op de gemeenten. Het gaat meestal om nieuwbouw.

In die gevallen zijn de kosten van de betreffende woningaanpassingen vaak onnodig hoog.

Daarnaast is het hergebruik van woningaanpassingen beperkt, waardoor deze te snel worden afgeschreven. Dit komt omdat bij de verkoop en verhuur van woningen vaak onvoldoende rekening wordt gehouden met de geschiktheid voor mensen met beperkingen.

Ontwikkelingen

De vraag naar voorzieningen gericht op wonen, zorg en dienstverlening voor ouderen en gehandicapten zal de komende decennia stijgen en zal worden gekenmerkt door een grotere behoefte aan zelfstandigheid, individualisering en maatschappelijke participatie. In het verlengde daarvan zal (de wens naar) zelfstandig wonen nog sterk toenemen.

Vanwege de scheiding tussen het zorgstelsel en de gemeentelijke voorzieningen, is het huidige stelsel onvoldoende in staat om op deze ontwikkelingen in te spelen. Het zorgverzekeringsstelsel beperkt zich door zijn aard tot individuele aanspraken, terwijl de gemeenten in staat zijn om hun zorg- en welzijnstaken te betrekken bij het overige lokaal beleid en om naast individuele verstrekkingen een zorgaanbod te doen in de vorm van collectieve en toegankelijk gemaakte generieke voorzieningen. Er ontstaat steeds meer behoefte aan voorzieningen die door de gemeenten kunnen worden verstrekt.

De budgettaire beheersbaarheid is in dit verband een belangrijke invalshoek, te meer om de noodzakelijke zorg in de toekomst voor iedereen toegankelijk te kunnen houden.

6.1.2 Beleidsopties

Onderzocht is hoe een andere afbakening van verantwoordelijkheden kan leiden tot grotere doelmatigheid en doeltreffendheid, zowel in maatschappelijk als in financieel opzicht. Daartoe zijn enige beleidsopties verkend.

Huidige stelsel handhaven

Er is een aantal beleidsontwikkelingen in gang gezet die de hiervoor geformuleerde problemen zullen verminderen. Ook zou de samenwerking tussen de verschillende uitvoeringsorganisaties verder kunnen worden verbeterd. Echter, deze maatregelen zullen niet alle gesignaleerde knelpunten kunnen opheffen en zullen niet leiden tot een structurele oplossing.

Verzekeringsstelsel

Bij overheveling van de WVG-voorzieningen naar het zorgverzekeringsstelsel, zullen afstemmingsproblemen blijven bestaan met name tussen de voorzieningen in het zorgstelsel en de meer welzijnsgerelateerde taken bij de (lokale) overheden. Ook zal deze optie geen structurele oplossing kunnen bieden voor de toenemende zorg- en participatiebehoefte van mensen die zelfstandig wonen.

Dienstverleningsstelsel

In het dienstverleningsstelsel worden de welzijnsgerelateerde voorzieningen uit de zorg overgeheveld naar de gemeenten en geïntegreerd met de WVG. Op rijksniveau wordt VWS voor dit stelsel verantwoordelijk. In de plaats van de individuele verzekeringsaanspraken, krijgen de gemeenten zorgplicht. Door de heldere en logische afbakening van verantwoordelijkheden zullen de huidige afstemmingsproblemen verminderen en krijgen gebruikers te maken met minder loketten. Bovendien zijn de gemeenten bij uitstek geschikt om

de voortgaande trend van extramuralisering doelmatig en effectief te faciliteren, vanwege de flexibiliteit in het aanbod en de mogelijkheid om het ouderen- en gehandicaptenbeleid te betrekken bij het algehele gemeentelijk beleid.

Met de invoering van een dergelijk stelsel wordt het ziektekostenstelsel zoveel mogelijk beperkt tot voorzieningen die samenhangen met medische behandeling of verpleging.

Vervoer

Integratie van de verantwoordelijkheden voor het gehandicaptenvervoer en het reguliere openbaar vervoer leidt ertoe dat een integrale afweging kan worden gemaakt tussen specifieke en (aangepaste) generieke voorzieningen. Dit leidt zowel vanuit het oogpunt van doelmatigheid als vanuit het oogpunt van effectiviteit tot voordelen. Echter, er zitten haken en ogen aan de invoering van deze variant. Om de consequenties van deze optie te kunnen beoordelen is nader onderzoek nodig.

Wonen

Het voordeel van overheveling van de woningaanpassingen naar VROM is dat deze meer integraal kunnen worden betrokken bij het woonbeleid. Daar staat tegenover dat (op rijksniveau) de band met de zorgvoorzieningen wordt losgelaten. Bovendien betekent de sociale doelstelling in het woonbeleid dat daarin reeds expliciet aandacht aan ouderen en gehandicapten wordt besteed. Het voordeel van integratie zal dus per saldo beperkt zijn.

6.2 Aanbevelingen

De werkgroep beveelt in zijn algemeenheid aan om een dienstverleningsstelsel te introduceren en daarnaast een aantal maatregelen te nemen op de terreinen wonen en vervoer.

6.2.1 Dienstverleningsstelsel

De doelstelling van het dienstverleningsstelsel is het ondersteunen en bevorderen van zelfstandig wonen en maatschappelijke participatie van ouderen en gehandicapten.

De gemeenten krijgen in dit stelsel de zorgplicht voor mensen met beperkingen die zelfstandig wonen, exclusief de gespecialiseerde medische hulp. De volgende voorzieningen kunnen vanuit de zorg worden overgeheveld naar het dienstverleningsstelsel.

- De welzijnsgerelateerde hulpmiddelen uit de Regeling hulpmiddelen 1996 van de Zfw.
- De tijdelijke uitleen van hulpmiddelen in de AWBZ voor zover samenhangend met de onderdelen van de thuiszorg in dit pakket.
- Onderdelen uit de thuiszorg, gericht op huishoudelijke hulp, welzijn en welbevinden.
- Onderdelen uit de Welzijnswet die met name zijn gericht op ouderen en gehandicapten.

Voor een aantal andere voorzieningen geldt dat er wellicht ook voordelen verbonden zijn aan opname in

het dienstverleningsstelsel, maar om de gevolgen daarvan te kunnen beoordelen, is nader onderzoek nodig. Het gaat om de volgende zaken.

- De meer zorgverlenende taken van de thuiszorg en de daarmee samenhangende uitleen van hulpmiddelen.
- In aansluiting daarop onderdelen van de taken van de Sociaal Pedagogische diensten.
- De dagbesteding en arbeidsrehabilitatie die nu zijn ondergebracht bij de AWBZ.
- Het zittend ziekenvervoer vanuit de Zfw.

De gemeenten kunnen voor de dienstverleningstaken worden gebudgetteerd via het gemeentefonds. Daarbij dient aandacht besteed te worden aan het vermogen van het fonds om de dynamiek van de WVG-uitgaven op adequate wijze te volgen. De gemeenten beschikken over ruime beleidsbevoegdheden om het zorgaanbod af te kunnen stemmen op lokale en persoonlijke omstandigheden en om hun financiële verantwoordelijkheid waar te kunnen maken. Tot het domein van de beleidsvrijheid behoort de uitvoering, de vorm van de voorzieningen, de hoogte van de eigen bijdragen (binnen grenzen), de mogelijkheid om te werken met vormen van persoonsgebonden budgetten en de indicatiestelling. Op onderdelen kan het echter nodig zijn dat de gemeentelijke zorgplicht nader wordt omschreven.

In het dienstverleningsstelsel krijgen de Regionale Indicatieorganen een belangrijke taak, die niet wezenlijk zal verschillen van het huidige kabinetsbeleid terzake. Het gaat om een onafhankelijke en integrale indicatiestelling, waarbij mede zal worden bepaald of iemand intramurale dan wel extramurale zorg moet krijgen.

6.2.2 Vervoer

Nader onderzocht zal worden of, en zo ja op welke wijze, het mogelijk is om de verantwoordelijkheden en geldstromen voor het gehandicaptenvervoer meer te integreren in het reguliere OV, op uitvoerings- en/of rijksniveau.

Om op korte termijn - binnen het huidige stelsel - toch al zo veel mogelijk een integrale afweging specifiek/generiek tot stand te brengen, verdient het aanbeveling dat gemeenten en vervoersautoriteiten op uitvoeringsniveau meer gaan samenwerken binnen een institutioneel kader.

6.2.3 Wonen

Scheiden wonen en zorg

De ontwikkeling waarin wonen en zorg steeds vaker van elkaar gescheiden worden aangeboden is een goede ontwikkeling die moet worden voortgezet en ondersteund. Bij het scheiden van wonen en zorg worden de AWBZ-aanspraken voor zorg los van de verblijfsfunctie aangeboden. Op dat moment wordt het verblijf alleen nog maar op grond van de AWBZ vergoed voor zover dat onlosmakelijk is verbonden met de zorgverlening en voor zover dat op basis van een integrale budgettaire afweging verantwoord is.

Nieuwbouw

Van belang is dat gemeenten een regierol krijgen, zodat corporaties en projectontwikkelaars kunnen worden aangesproken op het tijdig rekening houden met noodzakelijke woningaanpassingen. Overwogen kan worden of bouwers voor de kosten aansprakelijk kunnen worden gesteld als kort na oplevering van een nieuwe woning de aanvraag voor een woningaanpassing is ingediend.

Hergebruik

Hergebruik van woningaanpassingen kan worden gestimuleerd door middel van eigen bijdragen en/of een statiegeldsystematiek. Om een tweede handsmarkt voor woningaanpassingen te creëren, is transparantie van belang, wat bijvoorbeeld kan worden gestimuleerd door gebruikmaking van consumentenlabels en nieuwe ICT-toepassingen, zoals internetsites waarop de betreffende woningen worden aangeboden.

- 0 -

BIJLAGE 1: Taakopdracht IBO

Brief van de Minister van Financiën van 1 november 1999 over de Interdepartementale beleidsonderzoeken 1999, vergaderjaar 1999-2000, 26874, nr. 1

Beleidsbeschrijving

Leef (vervoers-, rolstoel- en woon)voorzieningen voor gehandicapten met als oogmerk hen zo lang mogelijk zelfstandig te laten functioneren, worden verstrekt via de Wvg. De Wvg wordt - behoudens enkele specifieke regelingen- uitgevoerd en gefinancierd door gemeenten. Naast de voorzieningen Wvg zijn er ook nog een aantal andere voorzieningen voor gehandicapten. Zorgvoorzieningen aan gehandicapten lopen via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Ziekenfondswet (Zfw). Uitvoerders van beide regelingen zijn ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars. Voorts zijn er werk- en onderwijsvoorzieningen die zijn gericht op reïntegratie van mensen met een handicap. Deze vallen onder de Wet op de (Re)ïntegratie Arbeidsgehandicapten (REA), die wordt uitgevoerd door LISV en gefinancierd via het REA-fonds. Tenslotte is er de bijzondere bijstand, op grond waarvan voorzieningen voor inkomensondersteuning van gehandicapten (bijvoorbeeld extra kosten voor voeding, verwarming en dergelijke) kunnen worden verstrekt. De bijzondere bijstand wordt uitgevoerd en gefinancierd door gemeenten. De minister van SZW draagt de politieke verantwoordelijkheid voor de Wvg, het REA en de bijzondere bijstand, de minister van VWS voor de Zfw en de AWBZ.

Budgettair beslag

Het budgettair beslag van de Wvg bedraagt in totaal zo'n 1500 mln via het Gemeentefonds (cijfers voor 1997) en nog eens zo'n 120 mln via de begroting van SZW (begroting 2000).

Doelstelling van het onderzoek en onderzoeksvragen

Geconstateerd moet worden dat de onderscheiden voorzieningen voor gehandicapten elkaar overlappen en wederzijds beïnvloeden. Het onderzoek heeft tot doel na te gaan in hoeverre een duidelijker afbakening van beleidsverantwoordelijkheden en voorzieningenpakketten kan bijdragen aan een grotere doelmatigheid en doeltreffendheid, zowel in maatschappelijk als in financieel opzicht.

Het onderzoek moet onder meer antwoord geven op de volgende vragen:

1. Op welke wijze zijn voorzieningen voor gehandicapten thans georganiseerd en wie zijn daarbij betrokken, zowel bij de beleidsvoorbereiding als de beleidsuitvoering? Welke opdrachtgever-opdrachtnemerrelaties zijn er?
2. Hoe verhouden de doelstellingen van de verschillende regelingen zich tot de bijbehorende voorzieningenpakketten? Hoe kan een andere afbakening van verantwoordelijkheden leiden tot vermindering van overlappen en een doelmatiger en doeltreffender vormgeving van het beleid?

3. Welke ontwikkelingen zijn er thans te onderkennen die aanleiding kunnen zijn om taken op het terrein van gehandicaptenvoorzieningen te herschikken?
4. Verdient het, gezien de bevindingen onder 2 en 3, aanbeveling om in de komende jaren te komen tot een herschikking van voorzieningenpakketten en de bijbehorende verantwoordelijkheden?

Thans vindt op dit terrein ook ander onderzoek plaats. Het gaat om het MDW II traject AWBZ, het werk van de projectgroep hulpmiddelen en de verdere uitwerking van de modernisering AWBZ. Met het IBO is het niet de bedoeling om dubbel werk te verrichten. Dit onderzoek zal zoveel mogelijk gebruik maken van de uitkomsten van de reeds in gang gezette trajecten.

Het onderzoek zal worden ondersteund door een extern bureau.

Deelnemende departementen: AZ, BZK, Financiën, SZW, VROM, VenW, VWS. Tevens zal de VNG worden uitgenodigd aan het IBO deel te nemen.

BIJLAGE 2: Lijst van werkgroepleden

Prof. dr. K.P. Goudswaard, voorzitter

Drs. M.S. Heekelaar, secretaris

Mw. drs. M. van Rijn, co-secretaris

H.J.F.M. Coppens, co-secretaris

Dr. P.F. Hasekamp (Ministerie van Financiën)

Drs. T. de Quaasteniet (Ministerie van Algemene Zaken)

Mw. drs. T.T. de Haas (Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer)

Drs. H.P. Barnard (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport)

Drs. F.J. van Sloten (Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties)

Dr. M. Nollen (Ministerie van Verkeer en Waterstaat)

Mw. drs. J.M.C.J. Merkelbach (Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid)

Drs. B. Zwier (Vereniging Nederlandse Gemeenten)

BIJLAGE 3: Lijst van geraadpleegde deskundigen

F. Bangma, ZVN Zorgvoorzieningen Nederland NV
Dr. A.J.W. Boelhouwer, lid van geduputeerde staten, provincie Noord-Brabant
J.A. de Boer, Gewest Eemland
Drs. M.A.J.M. Bos, Zorgverzekeraars Nederland
Drs. O.S. Cazemier, Bureau Diepens en Okkema
Mw. drs. M. Coopmans, Algemene Nederlandse Bond voor Ouderen
Mr. M. Corbeij, provincie Noord-Brabant
Drs. B.M. van Dalen, vereniging van woningcorporaties Aedes
W.B. van der Ham, wethouder verkeer en vervoer, gemeente Alkmaar
Mw. dr. M. de Klerk, Sociaal en Cultureel Planbureau
Mw. drs. J. Klijnsma, wethouder welzijn, volksgezondheid en emancipatie, Den Haag
Drs. H. Kraaijeveld, Regionaal Indicatieorgaan Zaanstreek
Mr. E.C.B. van der Poel, Vereniging Nederlandse Gemeenten
Prof. dr. ir. H. Priemus, TU Delft
Ing. W. Revet, Coördinatieorgaan Samenwerkende Ouderenorganisaties
Drs. Ing. A. Runhaar, Kwaliteits- en Bruikbaarheidsonderzoek van Hulpmiddelen
Drs. J. van Selm, Adviesdienst Verkeer en Vervoer
Drs. J.P.J. Singelenberg, Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn
Drs. J. Timmermans, Sociaal en Cultureel Planbureau
J. Troost, Gehandicaptenraad
Mw. drs. G. Ubels, Algemene Nederlandse Bond voor Ouderen,
L. Vel, Welzorg Revalidatie Techniek
S.Th.J. Wibaut, Welzorg Revalidatie Techniek
Drs. W.M.C. van Zaalen, Raad voor de Financiële Verhoudingen

BIJLAGE 4: Lijst van geraadpleegde literatuur

- Adviesdienst Verkeer en Vervoer, *Evaluatie Collectief Vraagafhankelijk Vervoer 1998-1999*, Ministerie van Verkeer en Waterstaat, mei 2000.
- Centraal Bureau voor de Statistiek, *Bevolkingsprognose 1998*, Heerlen, 1999.
- College voor Zorgvoorzieningen, *Monitor hulpmiddelen mei 2000*, publicatienummer 00/27.
- Commissie modernisering ouderenzorg, *Ouderenzorg met toekomst*, mei 1994.
- Ipsa Facto/SGBO, *Een verstrekkende wet, evaluatie van de Wet Voorzieningen Gehandicapten, eerste meting*. Den Haag, oktober 1995.
- Ipsa Facto/SGBO, *Een verstrekkende wet II*, Den Haag, december 1997.
- Klerk, M.M.Y. de, *Het gebruik van ADL-hulpmiddelen door ouderen, een onderzoek naar determinanten en substitutiemogelijkheden*, Ridderkerk, 1997.
- Klerk, M.M.Y. de, en J.M. Timmermans, *Rapportage gehandicapten 1997. Leefomstandigheden van mensen met lichamelijke of verstandelijke beperkingen*, Sociaal en Cultureel Planbureau, Rijswijk, april 1998.
- Klerk, M.M.Y. de, en J.M. Timmermans, *Rapportage ouderen 1998, Sociaal en Cultureel Planbureau*, Den Haag, maart 1999.
- KPMG Bureau voor Economische Argumentatie, *Verbeteringen in het doelgroepenvervoer*, Hoofddorp, 22 februari 1999.
- Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, *WVG-indicering en Rio's*, werkdocumenten no.126, september 1999.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Zicht op Zorg*, Den Haag, juni 1999
- Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, *Eindrapport Werkgroep Analyse Kostenontwikkeling Hulpmiddelen*, Den Haag, juni 1999.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Zorgnota 2000*, Den Haag, september 1999.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Welzijnsnota 1999-2002*, Den Haag, mei 1999.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Actieprogramma uitgavenbeheersing hulpmiddelen*, Den Haag, 28 januari 2000.
- Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, *Levensloopbestendige woningen*, november 1999.
- Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, *Nota Wonen*, mei 2000
- Singelenberg, J, *Housing and care for older people in Denmark 1987-1997*, Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn, Utrecht, maart 2000.
- Raad voor de Financiële Verhoudingen, *Op Maat tot Beleid*, Den Haag, 1996.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, *Medische Hulpmiddelen*, Zoetermeer, november 1997.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, *Met zorg wonen*, Zoetermeer, juni 1997.

SGBO Onderzoek & Advies, *Cases AWBZ-gemeentelijk domein*. Den Haag, november 1999.

SGBO Onderzoek & Advies, *Kerncijfers WVG 1998, aantallen en kosten van verstrekte WVG-voorzieningen*, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag, februari 2000.

Sociaal Economische Raad, *Gezondheidszorg in het licht van de toekomstige vergrijzing*, september 1999.

Timmermans, J.M. e.a., *Vraagverkenning wonen en zorg voor ouderen*. Sociaal en Cultureel Planbureau, Rijswijk, december 1997.

Tweede Kamer, *Kabinetsstandpunt tweede WVG-evaluatie*, vergaderjaar 1997-1998, kamerstuk 25847.

Tweede Kamer, *Wijziging van de Wet voorzieningen gehandicapten in verband met de tweede evaluatie van de wet, memorie van toelichting*, vergaderjaar 1998-1999, kamerstuk 26435 nr.3.

Tweede Kamer, *Wijziging van de Wet Voorzieningen Gehandicapten in verband met de tweede evaluatie van de wet, advies Raad van State en nader rapport*, vergaderjaar 1998-1999, kamerstuk 26435.

Tweede Kamer, *Wijziging van de Wet Voorzieningen Gehandicapten in verband met de tweede evaluatie van de wet, brief aan de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid*, vergaderjaar 1998-1999, kamerstuk 26435 nr.27.

Velthuisen, J.W. e.a. *Vouchers in de AWBZ*, Stichting voor Economisch Onderzoek der Universiteit van Amsterdam, Amsterdam, december 1998

Vereniging van Nederlandse Gemeenten, *Verslag invitational conference Wet Voorzieningen Gehandicapten*, Den Haag, april 1999.

VROM-raad, *Advies over Wonen met zorg*, Advies 002, 23 januari 1998.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, *Volksgezondheidszorg*, rapport 52, SDU uitgevers, Den Haag, 1997.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, *Ouderen voor ouderen*, rapport 43, SDU uitgevers, Den Haag, 1993.

BIJLAGE 5: Aanpalende regelingen

Welzijnswet

In de Welzijnswet is de bestuurlijke taakverdeling vastgelegd tussen de rijksoverheid, de provincies en de gemeenten op de terreinen van welzijn. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het uitvoerend werk, provincies voor de ondersteuning van het uitvoerende werk en het rijk voor de uitvoering van de landelijke functies als onderzoek, werkontwikkeling en de instandhouding van een landelijke infrastructuur.

Op lokaal niveau zijn de uitvoerende voorzieningen voor zorg, recreatie, opvang en ontmoeting van belang voor elke burger. Tot het welzijnsterrein behoren op lokaal niveau ook de voorzieningen die gericht zijn op de maatschappelijke integratie en participatie van ouderen, gehandicapten en minderheden. In de Welzijnsnota zijn de hoofdlijnen van het welzijnsbeleid in deze kabinetsperiode vastgelegd. Uitgangspunt is het streven naar een integraal lokaal beleid, waarin voorzieningen voor welzijn, onderwijs, wonen, werken, inkomen, leefomgeving en zorg (openbare gezondheidszorg, jeugdzorg) onderling worden afgestemd.

De financiële middelen voor het uitvoerend welzijnswerk zijn grotendeels gedecentraliseerd naar gemeenten. De Welzijnswet bevat geen bindende bepalingen voor de vormgeving van het lokale welzijnsbeleid. Tussen gemeenten bestaan dan ook grote verschillen in het voorzieningenniveau. De zorgplicht van gemeenten op het welzijnsterrein is algemeen geformuleerd. Er bestaat geen garantie voor voorzieningen als bijvoorbeeld de maaltijdvoorziening voor ouderen, vormen van dagopvang en sociale begeleiding, waarvan ouderen of mensen met lichamelijke of geestelijke beperkingen soms afhankelijk zijn.

Een deel van de voorzieningen op het welzijnsterrein heeft raakvlakken heeft met de WVG. Welzijnsvoorzieningen kunnen deels worden beschouwd als preventieve voorzieningen of voorzieningen, waarmee een deel van de voorwaarden worden ingevuld voor zelfstandig wonen.

AWBZ

De AWBZ is een volksverzekering die vooral gericht is op de dekking van onverzekerbare zorg-risico's (chronische/langdurige zorg). De dekking betreft verpleeghuiszorg, thuiszorg, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg. Vanaf 2001 valt de verzorgingshuiszorg eveneens onder de AWBZ. De AWBZ-zorg bevat zowel intramurale zorg (binnen een instelling) als extramurale zorg (thuis). De intramurale instellingen kunnen onder bepaalde voorwaarden ook zorg aan huis leveren. In het kader van de thuiszorg vindt tevens uitleen van verpleegartikelen en hulpmiddelen plaats.

De uitvoering is in handen van de zogenaamde zorgkantoren. Elke AWBZ-regio heeft een zorgkantoor dat ressorteert onder één van de zorgverzekeraars. Over het algemeen beschikken de AWBZ-instellingen over een eigen budget. Er is sprake van contracteerplicht tussen de (toegelaten) instellingen en de

zorgkantoren.

Van belang is dat de indicatie voor de AWBZ onder verantwoordelijkheid van de Regionale indicatieorganen (Rio's) wordt gebracht. Deze Rio's worden beheerd door de gemeenten.

Ziekenfondswet

De regelingen onder de Zfw die het meest met de WVG te maken hebben zijn de regeling hulpmiddelen en de regeling ziekenvervoer. De regeling hulpmiddelen betreft zowel medische (niet-gebruik leidt tot medische consequenties; injectiespuiten, elastische kousen e.d.) als niet-medische hulpmiddelen (sociaal maatschappelijk; bv. loophulpmiddelen, prothesen). In het bijzonder op het terrein van de niet-medische hulpmiddelen bestaat er een relatie met de WVG. De voorzieningen in de verschillende regelingen zijn gedeeltelijk met elkaar vergelijkbaar, omdat de noodzaak daarvan in bepaalde gevallen voortkomt uit eenzelfde handicap. Daarmee is dus ook sprake van overlappingen in de doelgroep. De regeling hulpmiddelen wordt door de zorgverzekeraars uitgevoerd. De indicatiestelling wordt verricht door de behandelend arts.

Op het terrein van het ziekenvervoer bestaat er een relatie doordat zowel de Zfw (zittend ziekenvervoer) als de WVG gehandicaptenvervoer aanbieden. Bij de WVG gaat het om sociaal maatschappelijk vervoer en bij het zittend ziekenvervoer gaat het om het vervoer van en naar een instelling voor een behandeling die betaald wordt door het ziekenfonds.

REA

De Wet REA is van kracht per 1 juli 1998. Het doel van de REA is om de arbeidsmarktkansen voor mensen met een arbeidshandicap te vergroten. Ook kan de REA ten behoeve van scholing worden ingezet. De uitvoerders van de regeling hebben grote bestedingsvrijheid. Voorbeelden van voorzieningen zijn aanpassing van de werkplek, om-, her- of bijscholing, loonkostensubsidies, vervoersvoorzieningen e.d. De REA wordt voor arbeidsgehandicapten met een sociale verzekeringsuitkering uitgevoerd door de UVI's, voor bijstandsgerechtigden door de gemeenten en voor mensen zonder uitkering door de arbeidsbureaus. De REA valt onder het ministerie van SZW.

De doelstelling van de REA en de WVG zijn verschillend. Bij de REA gaat het om het verkleinen van belemmeringen op de arbeidsmarkt en bij scholing. Bij de WVG gaat het om voorzieningen ten behoeve van de deelname aan het maatschappelijk verkeer (vrije tijd, in en om het huis). Tegelijkertijd bieden beide regelingen soortgelijke voorzieningen aan. Zo gaan rolstoelen en vervoersvoorzieningen via de WVG als deze gericht zijn op maatschappelijke participatie, maar als het om een rolstoel of vervoersvoorziening op het werk gaat, worden deze geregeld via de REA. Ook indien sprake is van een thuiswerksituatie. Ten aanzien van de vervoersvoorzieningen is een anti jojo-regeling van kracht. Om te voorkomen dat een gehandicapte zich tot twee loketten moet wenden als hij in aanmerking wenst te komen voor een vergoeding voor leefvervoer en woon/werkvervoer, is geregeld dat de REA een gecombineerde

vergoeding voor leefvervoer en woon/werkvervoer kan verstrekken.

Bijzondere bijstand

De bijzondere bijstand fungeert als vangnet voor mensen met een laag inkomen. Ook kunnen daaruit (gehandicapten)voorzieningen worden betaald, die niet via andere regelingen gedekt worden. Gedacht kan worden aan vergoedingen van extra kosten die een gehandicapte moet maken voor kleding die aan extra slijtage onderhevig is als gevolg van het gebruik van een prothese. Of verhoogde energiekosten, omdat de woning continu op een relatief hoge temperatuur moet worden gehouden. Afstemmingsproblemen met de WVG doen zich nauwelijks voor.

BIJLAGE 6: Lopende beleidsprojecten

Modernisering AWBZ

In de AWBZ is de afgelopen jaren een ingrijpend proces van zorgvernieuwing op gang gekomen. De wijze waarop de AWBZ functioneert voldoet niet meer aan de eisen van deze tijd. Door de toenemende vraag naar flexibiliteit en vraaggerichtheid doen zich in toenemende mate knelpunten voor in het doelmatig functioneren van het systeem, die niet met regelingen voor substitutie, zorg op maat en persoonsgebonden budget kunnen worden opgelost. Met behoud van algemene uitgangspunten als het verzekeringskarakter, algemene toegankelijkheid, gelijke behandeling, solidariteit en betaalbaarheid wordt de AWBZ en de aanpalende regelgeving gemoderniseerd. Daarbij zijn het realiseren van vraagsturing (als alternatief voor beheersing via sturing op het aanbod), flexibele zorgarrangementen en vermaatschappelijking van de zorg de belangrijkste uitgangspunten. De modernisering van de AWBZ vergt een reeks van bestaande en nieuwe maatregelen die in onderling verband worden uitgevoerd. Over de uitgangspunten en de analyse van de problematiek bestaat politiek brede overeenstemming. Over een plan van aanpak is met de Tweede Kamer een uitvoerige discussie in gang gezet, die in de loop van het jaar 2000 zal worden voortgezet. Deze discussie heeft geleid tot een nieuwe prioriteitstelling, waarbij vooral de aanpak van de wachtlijsten in de zorg grote prioriteit heeft gekregen.

Op langere termijn zullen in dat kader belangrijke taakverschuivingen plaats kunnen vinden tussen partijen, die betrokken zijn bij de uitvoering van de AWBZ en de daadwerkelijke zorgverlening. Het afschaffen van de contracteerverplichting; wijzigen van de regelgeving met betrekking tot het bouwen van capaciteit, de scheiding van wonen en zorg, het tot stand brengen van doorslaggevende invloed van cliënten op de beleidsbepaling en de toewijzing zullen de verhoudingen sterk doen wijzigen. De uitkomst van het politieke debat en de gevolgen voor het WVG-traject kunnen niet nauwkeurig worden bepaald.

Regionale indicatieorganen

De objectieve, onafhankelijke en integrale indicatiestelling vormt de belangrijke eerste schakel in de keten van indicatiestelling tot daadwerkelijke zorgtoewijzing. De verantwoordelijkheid voor de indicatiestelling is in handen gelegd van de gemeenten die daaraan veelal in een intergemeentelijk samenwerkingsverband inhoud geven. In geheel Nederland zijn Regionale indicatieorganen opgezet. De positionering bij gemeenten is met name van belang omdat daardoor een verband kan worden gelegd met de indicatiestelling voor een reeks van lokale voorzieningen. Dergelijke voorzieningen (WVG-voorzieningen, maaltijdvoorziening, alarmering, aangepaste woningtoewijzing, welzijnsvoorzieningen etc.) kunnen op lokaal of regionaal niveau worden verbonden tot een integraal aanbod van voorzieningen aan mensen die zorg nodig hebben. Van de cliënten uit gezien is die afstemming in veel gevallen onontbeerlijk. Die

samenhangende indicatiestelling en de daarop gebaseerde toewijzing van zorg en overige voorzieningen, tegemoetkomingen en aanpassingen is vooral van belang voor zelfstandig wonende mensen met lichamelijke beperkingen. De toewijzing van AWBZ-voorzieningen is de verantwoordelijkheid van de zorgkantoren. De geïntegreerde indicatiestelling biedt aanknopingspunten voor afstemming op de inzet van overige voorzieningen.

Destijds is gekozen voor een sectorgewijze invoering. Na het tot stand brengen van een landelijk dekkend netwerk van regionale indicatieorganen voor de terreinen verpleging en verzorging wordt nu ook de verbreding naar de gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg voorbereid. Die verbreding zal naar verwachting op 1 januari 2002 tot stand zijn gebracht. Het Zorgindicatiebesluit wordt daarvoor in de loop van dit jaar aangepast. Met ingang van 1 april 2000 is een indicatie ook verplicht voor het verstrekken van tegemoetkomingen op basis van de WVG ten behoeve van woningaanpassingen van f 45.000,-- en hoger. De minister van SZW kan ertoe besluiten de verplichte indicatiestelling uit te breiden tot de overige WVG-voorzieningen.

Wegwerken van de wachtlijsten in de zorg

In de systematiek van aanbodsturing binnen een gegeven budget en met normen voor kwaliteit en inhoud van de verstrekkingen is de beschikbare capaciteit de belangrijkste variabele. Dat leidt bij een toenemende vraag onvermijdelijk tot wachtlijsten. In een verzekeringsstelsel zijn wachtlijsten onaanvaardbaar. Het wegwerken van de wachtlijsten is daarom met grote voortvarendheid ter hand genomen. De vraag of mensen met geestelijke of lichamelijke beperkingen zelfstandig kunnen blijven wonen hangt rechtstreeks samen met de vraag of voldoende maatschappelijke zorg en dienstverlening kan worden geboden. In alle situaties geldt, dat sprake moet zijn van een gegarandeerd en bestendig aanbod van de zorg waarvan mensen afhankelijk zijn, anders is intramurale zorgverlening al snel het enige alternatief. De onzekerheid dat zorg beschikbaar is vormde en vormt voor veel mensen aanleiding om letterlijk het zekere voor het onzekere te nemen en een beroep te doen op de totaal-arrangementen van de intramurale voorzieningen, ook als daaraan nog niet werkelijk behoefte bestaat. Een belangrijk deel van de wachtlijsten in de AWBZ en voor verzorgingshuizen zijn ontstaan uit voorzorg. Minder angst voor “geen plaats als dat nodig is” leidt tot minder “aanvragen-uit-voorzorg” en ook tot het langer aanwenden van hulpmiddelen en ambulante oplossingen in het vertrouwen, dat er plaats is als het echt noodzakelijk is. Door de objectieve en onafhankelijke indicatiestelling kunnen de wachtlijsten worden teruggedrongen omdat de inschrijfduur niet meer bepalend is voor de volgorde van toewijzing.

Snelle verbetering van de informatievoorziening

Een belangrijk knelpunt in zowel de modernisering van de AWBZ als in de uitvoering vormt het ontbreken van informatie en onduidelijkheid over de kwaliteit van de gegevens. Uit de sanering van de wachtlijsten blijkt overduidelijk, dat de beschikbare informatie in veel opzichten onbruikbaar is voor de beleidsontwikkeling en de besluitvorming. Het tot stand brengen van naadloze aansluiting tussen de

uitvoering van opnieuw verdeelde taken in de keten van indicatiestelling tot zorgverlening vergt een sluitend informatiesysteem. De verantwoordelijkheid voor de organisatie en het beheer van de integrale informatievoorziening is neergelegd bij de zorgkantoren.

De zorgkantoren gaan de informatievoorziening in de keten indicatie-zorgtoewijzing-wachttijlbemiddeling-zorgverlening organiseren, gekoppeld aan een centraal databestand, waarbij een koppeling kan worden gelegd tussen unieke cliëntgegevens (Sofi-nummer, GBA-nummer) de zorgvraag, het zorggebruik, de eigen bijdragen en de bekostigingsgegevens van voorzieningen. De registratie van zorgvragen door de Regionale indicatieorganen als startpunt van de registratie wordt daarop afgestemd. De verbreding van de indicatiestelling naar terreinen die aansluiten op de AWBZ (wonen, welzijn, WVG, gemeentelijke voorzieningen) betekent, dat informatie over die terreinen kan worden gekoppeld aan de zorgregistratie. Een adequaat informatiesysteem heeft belangrijke voordelen. Hulpvragen kunnen dan sneller worden beantwoord. Er is een betere matching mogelijk. Ontwikkelingen in de vraag worden zichtbaar. De beschikbare capaciteit kan beter worden benut. Loket-problemen kunnen voor een belangrijk deel worden voorkomen.

Eigen bijdragen

De interdepartementale werkgroep WHIR (Werkgroep Inkomensafhankelijke Regelingen) heeft zich bezig gehouden met de harmonisatie van de inkomensafhankelijke regelingen. Dit heeft onder andere geleid tot het (door het kabinet overgenomen) advies te streven naar een uniform inkomensbegrip in de verschillende inkomensafhankelijke regelingen, het belastbaar inkomen. Op dit moment onderzoekt VWS - in samenwerking met CAK (Centraal Administratie Kantoor), CvZ (College van Zorgverzekeringen), ZN (Zorgverzekeraars Nederland) en de zorgkantoren - naar mogelijkheden om het belastbaar inkomen te betrekken bij de intramurale eigen bijdragen AWBZ. De thuiszorgbijdragen zijn al gebaseerd op het belastbaar inkomen.

BIJLAGE 7: Indeling hulpmiddelen in onderling samenhangende clusters⁸

HULPMIDDELEN OP HET TERREIN VAN DE GEZONDHEIDSZORG					WELJUNGERELATEERDE
	samenhangend met medische behandeling	samenhangend met verpleging en verzorging	overige	Hulpmiddelen	
Niet alg. gebruikelijk	BEHANDELING EN OEFENING - zuurstofapparaten, concentratoren - longvibrators - vernevelaars - electrostimulators tegen pijn - CPAP-apparaat - botgroei-stimulator - drukpakken ter behandeling van brandwonden - apparatuur voor positieve uitademingsdruk - breukbanden - elastische kousen (drukklasse 3&4) - hulpmiddelen bij diabetes - draagbare uitwendige infuuspompen - injectiespuiten - hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden PERSOONLIJKE VERZORGING - trachea canule - verbandschoenen - bandagelenzen COMMUNICATIE - stemprothese - bone anchored hearing aid	BEHANDELING EN OEFENING - anti-decubitus zitkussens, etc. PERSOONLIJKE VERZORGING - stomavoorzieningen - spoelapparatuur voor anaal spoelen - urine-opvangzakken, katheters - incontinentie-absorptiematerialen INRICHTINGSELEMENTEN - bedaanpassingen HUISHOUDELIJK - sonden - eetapparaten - voedingspompen, toebehoren	PERSOONLIJKE VERZORGING EN BESCHERMING - allergeenvrije schoenen (m.u.v. sport) - schedelkappen ORTHESEN EN PROTHESEN - prothetische voorzieningen voor onder- of bovenkaak - prothesen bewegingsapparaat (m.u.v. sport) - stompkousen - oogprothesen - pruiken - gelaatsprothesen - mammaprothesen - korsetten, beugelapparatuur, spalken - orthopedisch schoeisel (m.u.v. sport) COMMUNICATIE - brillen, contactlenzen (uitsluitend cf indicatievoorwaarden) - tv-loupes - bijzondere optische hulpmiddelen - tactiel-leesapparatuur - bladomslagapparatuur - in- en uitvoerapparatuur, accessoires (brailleleesregel) - computerprogram. voor grootlettersystemen vis. geh. - elec.-akoest. hoor toest. (mono+stereo) - spraakvervanging - spraakversterker COMMUNICATIE - computers met bijbehorend apparaatuur - schrijfmachine	COMMUNICATIE - cassette- en memorecorders voor visueel gehandicap. - telefoonerhulpmiddelen - signaleringsapparatuur - alarmeringsapparatuur - ringleiding, infrarood voor geluid - teksttelefoon - solo-apparaat - rekenmachine, aan handicap aangepast MOBILITEIT - krukken, loophulpen, looprekken, loopwagens - trippelstoelen, loopfiets - blindentastokken INRICHTINGSELEMENTEN - aan functiebeperkingen aangepaste tafels en stoelen - allergeenvrije hoezen HULPMIDDELEN VOOR HET OMGAAN MET PRODUCTEN EN GOEDEREN - serveerwagens - omgevingsbedieningssytemen	
alg. gebruikelijk	BEHANDELING EN OEFENING - elastisch kousen (drukklasse 2)	PERSOONLIJKE VERZORGING - licht incontinentie-absorptiemateriaal		COMMUNICATIE - fax MOBILITEIT - rollator	

⁸ Overgenomen uit Actieprogramma uitgavenbeheersing hulpmiddelen, Ministerie van VWS, januari 2000